Annata 1939 - (Vol. XLVI) Roma, 25 Dicembre 1939-XVIII Num. 52 (fine)

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

Volume XLVI - Anno 1939

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO »

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

ROMA

Editore: LUIGI POZZI

N 14 — Via Sistina — N. 14

1939-XVIII

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per l'anno 1939

Abbate dott. R. - Firenze
Acquaviva Coppola dott. Massimo - Roma.
Agostinelli dott. Ermete -- Malo.
Agostoni dott. Giuseppe - Milano.
Aievoli dott. Eriberto - Napoli.
Alberti dott. Giuseppe - Roma.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Amalfitano prof. Gabriele - Roma.
Alessi dott. Davide - Milano.
Andruzzi dott. Alcibiade - Roma.
Antonelli prof. Giovanni - Roma.
Austoni dott. Mario - Roma.
Babudieri prof. Brenno - Roma.
Balice prof. Gaetano - Napoli.
Battistoni dott. Luciano - Verona.
Bernardi dott. Raffaele - Pergine.
Bernay dott. André - Lione.
Berretta prof. F. P. - Genova-Sampierdarena.
Bile prof. Silvestro - Napoli.
Biocca dott. Ettore - Roma.
Bongini dott. Oreste - Siena.
Caleffi dott. Giovanni - Padova.
Caminiti dott. Santi - Milano.
Camporesi dott. L. - Milano.
Canova dott. F. - El Kerak.
Carbone dott. Domenico - Milano.
Casanova prof. Francesco - Padova.
Casciaro dott. Giuseppe - Rossano.
Cavina prof. Giovanni - Firenze.
Cerami dott. Alfredo - Trapani.
Chiasserini prof. Angelo - Roma.
Chini prof. Virgilio - Bari.
Ciancarelli dott. Sante - Roma.
Cicchitto dott. Elio - Bengasi.
Ciminata prof. Aldo - Monza.
Ciuffini prof. Publio - Roma.
Coppa prof. E. - Aversa.
Corelli prof. Ferdinando - Roma.
Cortella dott. E. - Bolzano.
Cristofanetti dott. Paolo - Roma.
Cutillo dott. Egidio - Roma.
D'Alessandro dott. Giuseppe - Palermo.
Da Villa dott. F. C.
De Blasi prof. Vito - Salsomaggiore.
Deleonardi prof. Stenio - Siena.
Diena dott. Sergio - Firenze.
Di Fulio dott. E. - Roma.
Di Marco dott. Ignazio - Roma.
Di Prampero dott. Antonino - A.O.I.
Donatelli dott. L. - Firenze.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Faraone dott. Antonio - Udine.
Ferrannini prof. Luigi - Bari.
Ferrara dott. Michele - Roma.
Ferrario dott. A. - Monza.
Ferri dott. Andrea - Sala Bolognese.
Filipo dott. Domenico - Roma.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fivoli dott. Carlo - Roma.
Frigimelica dott. Carlo - Belluno.
Frugoni prof. Cesare - Roma.
Frugoni dott. Piero - Rochester.
Fusetti dott. Arnolfo - Porretta Terme.
Gangi prof. Salvatore - Roma.
Gasbarrini prof. Antonio - Padova.
Gherardi dott. Giangiuseppe - S. Giovanni in Persiceto.
Ghisio dott. Giuseppe - Vercelli.
Gibiino dott. Giovanni - Ragusa.
Giugni prof. Francesco - Firenze.
Gosio dott. Renato - Roma.
Graziani prof. Francesco - Zara.
Gualco prof.ssa Sellina - Salsomaggiore.
Gucci prof. Giuseppe - San Gimignano.
Impallomeni dott. Rosario - Roma.
La Branca dott. Giovanni - Roma.
Lanza dott. V. - Roma.
Lauro dott. Armando - Palermo.
Locatelli dott. Athos - Varese.
Luccioni dott. Consuelo - Potenza.
Lunardi dott. Bruno - Parma.
Marchi dott. Carlo - Cagliari.
Mariconda prof. Paolo - Roma.
Marinacci prof. Sertorio - Pescara.
Marino dott. Valfredo - Bari.
Marino dott. Serafino - Bellosguardo.
Marri dott. Rodolfo - Firenze.
Martinetti dott. Renato - Siena.
Mazzarella dott. Oreste - Roma.
Meineri prof. Pier Angelo - Roma.
Merenda dott. Paolo - Trapani.
Mesirca dott. G. - Cittadella.
Mesiti dott. Mario - Roma.
Messeri dott. Enrico - Firenze.
Messini prof. Mario - Roma.
Milani prof. Eugenio - Roma.
Milone dott. Giuseppe - Bari.
Mingazzini prof. Ermanno - Roma.
Mino prof. Prospero - Vercelli.
Moccia dott. Gaetano - Venezia.
Molari dott. Raoul - Cesena.
Mona dott. Corrado - Potenza.
Montanari dott. Mario - Roma.
Moraldi dott. Mino - Roma.
Nardone dott. Benedetto - Gorizia.
Neri prof. Vincenzo - Bologna.
Oreni dott. A. - Monza.
Orlandini dott. Pietro - A.O.I.
Palumbo prof. V. - Firenze.
Parlavecchio prof. Alfredo - Roma.
Pellegrini dott. Mario - Siena.
Pessina dott. Luigi - Genova-Sampierdarena.
Picardi dott. Giovanni - Roma.
Pignocco dott. Cesare - Roma.
Pisacane prof. C. - Messina.
Poppi dott. Arrigo - Bologna.
Porta prof. Virginio - Milano.
Pozzi prof. Arnaldo - Roma.
Quattrocchi dott. Aldo - Arcevia.
Rastelli dott. Mario - Roma.
Ratti dott. Eduardo - Milano.
Recchia dott. Francesco - Roma.
Repaci dott. Filippo - Sinopoli.
Rizzatti dott. Emillo - Racconigi-Cuneo.
Rocchi prof. Filippo - Roma.
Rovigatti dott. G. C. - Bologna.
Rubegni dott. Renato - Roma.
Sabatini prof. Giuseppe - Genova.
Sacchetti dott. Angelo - Novara.
Salsano dott. D. - Napoli.
Santori dott. Giacomo - Roma.
Scaramuzzi dott. Giuseppe - Bari.
Schiassi prof. Benedetto - Bologna.
Sciacca dott. F. - Roma.
Selvaggi avv. Giovanni - Roma.
Sorrentino prof. Michelangelo - Napoli
Spadea dott. G. - Roma.
Stoccada dott. Fabio - Suzzara.
Terzani prof. Alberto - Firenze.
Timpano dott. Pietro - Reggio Cal.
Tomasi dott. Luigi - Soligo.
Torchiana prof. Luigi - Pontedera.
Triolo dott. Gaspare - Roma.
Tripodi prof. Mario - Tripoli.
Valle dott.ssa Vincenzina - Broni.
Verney dott. Lorenzo - Roma.

INDICE GENERALE

VOLUME XLVI - 1939

Indice per rubrica

Pag.

LEZIONI E CONFERENZE

LAVORI ORIGINALI

NOTE E CONTRIBUTI

OSSERVAZIONI CLINICHE

DALLA PRATICA PER LA PRATICA

TECNICA CHIRURGICA

TECNICA MEDICA.

TECNICA MICROBIOLOGICA

TECNICA RADIOLOGICA

TERAPIA

MEDICINA SOCIALE

MEDICINA COLONIALE

SINTESI

STUDI RIASSUNTIVI.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

DIVAGAZIONI

LA NOTA STORICA

RILIEVI E COMMENTI - TRIBUNA LIBERA RIVENDICAZIONI E DISCUSSIONI

VITA CULTURALE

CONGRESSI - ACCADEMIE - SOCIETA

PROFILI - I MAESTRI

NECROLOGIE

CENNI BIBLIOGRAFICI - NOTIZIE BIBLIOGRAFICHE

Stante la disposta limitazione delle pagine, dobbiamo quest'anno escludere il consueto elenco dei libri recensiti; ma per comodità degli studiosi ne abbiamo fatto tirare alquante copie a parte, che invieremo a chi ce ne farà richiesta.

SUNTI E RASSEGNE, DIVAGAZIONI, APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO, SERVIZI IGIENICO-SANITARI, POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA, CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; vedi l'Indice delle Materie.

CONCORSI; NOMINE; PROMOZIONI E ONORIFICENZE; CORRISPONDENZE; NOTIZIE DIVERSE; vedere alla fine dei fascicoli.

Indice alfabetico delle Materie

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

Indice alfabetico degli autori.

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Medica (a periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XLVI (1939):**

LAVORI ORIGINALI

Affinchè i lettori possano apprezzare l'importanza dei contributi originali che vengono accolti nella Sezione Chirurgica (a periodicità mensile) **del "POLICLINICO", riportiamo l'Indice alfabetico dei contributi stessi pubblicati nel Volume XLVI (1939):**

LAVORI ORIGINALI

RIVISTE SINTETICO-CRITICHE

C. Frugoni, Red. capo.
A. Pozzi, resp.
Roma, Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XLVI Roma, 2 Gennaio 1939-XVII Num. 1

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1939.

Ai Medici Italiani,

« **IL POLICLINICO** », *entra col 1939-XVII nel suo XLVI° anno di vita ed il suo carattere è definito dalla sua stessa costituzione: alle ali le due riviste dedicate alla medicina interna e alla chirurgia generale, di indirizzo prevalentemente scientifico e dedicate a coloro che più particolarmente prediligono le due branche corrispondenti; nel centro la* Sezione Pratica *che riunisce quanto interessa alla vita spirituale e professionale del medico pratico e quindi anzitutto considera i problemi e le applicazioni di medicina e chirurgia generale e delle specialità.*

Nessuno, quanto il medico pratico, il generico e il condotto, deve avere cultura generale in tutti i campi e nelle più diverse branche, perchè multiforme, non selezionata e complessa è la sua casistica e tanto più difficile in quanto a lui si offrono gli esordi del male, quando l'esiguità o la mancanza dei sintomi rendono difficilissimo spesso nonchè talora impossibile il diagnostico e l'orientamento, e grande è invece la responsabilità in quanto spesso il medico condotto deve anche prendere provvedimenti igienico-sanitari e risolvere quesiti medico-legali e provvedere ai soccorsi di urgenza e terapeutici nelle più diverse specialità. Da qui l'indirizzo della Sezione Pratica, *analitico e sintetico ad un tempo, nei diversi settori della pratica medica con larga esposizione per quanto riguarda legislazione, disposizioni, concorsi ecc.*

Ma è bene evidente che, se a taluno può interessare più l'una che l'altra delle sezioni, ognuno ha bisogno di tutte e tre: la separazione tra medicina e chirurgia va sempre più colmandosi: il medico ha sempre più aperta e convinta mentalità chirurgica e il chirurgo sempre più procede con mezzi e indirizzo medici; e la resultante è la più completa penetrazione di problemi che si riferiscono al malato e ai provvedimenti terapeutici da attuare in suo vantaggio.

Per ciò noi crediamo di essere autorizzati a considerare « **IL POLICLINICO** » *come diverso in raffronto alle altre riviste d'Italia, e il più completo, apparentemente diviso ma unitario, e cioè strumento di cultura, di elevazione e di integrazione spirituale a chiunque professa la medicina, qualunque sia il suo settore di predilezione e di attività, tanto più che le specialità rapidamente si atrofizzerebbero se chi le coltiva non prendesse base, fondamento e ispirazione alla medicina generale in senso largo e integrativo della parola.*

Con questi principî « **IL POLICLINICO** » *prosegue la sua opera nell'interesse della scienza e della pratica per potenziare sempre più l'efficienza colturale e il rendimento pratico della classe medica italiana nell'orbita dello sforzo che tutto il paese fa per il suo progresso, il suo rafforzamento e la sua autonomia.*

LA REDAZIONE

Abbonamenti cumulativi con "Il POLICLINICO„ per il 1939

Tre riviste di branche speciali della medicina pubblicate dall'editore LUIGI POZZI - ROMA concesse in abbonamento cumulativo con il « POLICLINICO » per l'anno 1939.

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1939 di qualsiasi delle tre seguenti Riviste, **di nostra edizione,** di speciali branche della medicina e chirurgia, alle condizioni qui sotto indicate in ciascuna delle stesse e cioè:

CUORE E CIRCOLAZIONE

periodico mensile illustrato diretto da CESARE FRUGONI, Clinico Medico di Roma

Redattori Capo: Prof. CESARE PEZZI, Milano; Prof. GINO MELDOLESI, Catania.

Redattore-Segretario: Prof. A. POZZI.

Ogni fascicolo si compone di 48-56 pagine di testo distinto in 3 parti: a) Lavori originali, lezioni e conferenze; b) I periodici specializzati; c) Tra le Riviste ed i congressi; d) Notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: **Italia L. 50; Estero L. 65; Un num. sep. L. 6,50; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 45; Estero L. 60**

N. B. — I nuovi abbonati del 1939 possono ottenere le ultime dieci annate (1929 a 1938 incluse) che costano L. **390,** per sole L. **290** in Italia e per sole L. **340** all'Estero.

LA CLINICA OSTETRICA E GINECOLOGICA

Rivista mensile per i Medici pratici

diretta da PAOLO GAIFAMI Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nell'Università di Roma

Ogni fascicolo si compone di 48-64 pagine di testo distinto in 3 parti: a) Lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) Recensioni quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: **Italia L. 50; Estero L. 65; Un num. sep. L. 6.50; Per gli assoc. al Policlinico; Italia L. 45; Estero L. 60**

N. B. — I nuovi abbonati del 1939 possono ottenere le ultime dieci annate (1929 a 1938 incluse) che costano L. **380,** per sole L. **280** in Italia e per sole L. **330** all'Estero.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatra

Fondata da GUGLIELMO BILANCIONI

Direttore: Prof. ARNALDO MALAN, Clinico Oto-Rino-Laringoiatra di Torino. — Redattore capo: Prof. DONATO DI VESTEA, Roma.

Questa Rivista, che è ormai al tredicesimo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce negli Ospedali, nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: **Italia L. 60; Estero L. 80; Un num. sep. L. 6,50; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 54; Estero L. 75**

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1939 si concedono le ultime dieci annate (1929 a 1938 incluse) che costano L. **410,** per sole L. **310** in Italia e per sole L. **360** all'Estero.

Altre Riviste, non di nostra edizione, concesse in abbonamento cumulativo con "IL POLICLINICO„ pel 1939

RIVISTA DI CLINICA PEDIATRICA

Periodico mensile illustrato

Fondata dai proff. **Giuseppe Mya** e **Luigi Concetti** nel 1903. E' ora diretta dai proff. **CARLO COMBA, G. B. ALLARIA, GENNARO FIORE, GINO FRONTALI, DANTE PACCHIONI, L. M. SPOLVERINI,** ordinari di Clinica Pediatrica rispettivamente a Firenze, Torino, Pisa, Padova, Genova e Roma.

Pubblica memorie originali e dà speciale cura alla rubrica della rassegna della stampa preoccupandosi di fornire al lettore una raccolta, per quanto è possibile completa, di ciò che si pubblica in Italia ed all'Estero, intorno alle malattie dei bambini.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **70** — per l'Estero L. **110.** — Per gli associati al « Policlinico »: per l'Italia sole L. **65** — per l'Estero sole L. **105.**

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

(Continuazione del GIORNALE DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE).

Il più antico periodico della specialità in Italia ed all'Estero, fondato dal dott. cav. **G. B. Soresina** nel 1866, pubblicato dal dott. **AMBROGIO BERTARELLI** con la collaborazione di tutti i professori delle Cliniche Dermosifilopatiche italiane. Si pubblica ogni due mesi, in sei ragguardevoli fascicoli bimestrali. Raccoglie l'attività che si svolge in Italia ed all'Estero nel campo della Dermosifilopatica con la pubblicazione sia di lavori originali che di numerose, selezionate recensioni. Pubblica altresì **gli atti** della Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **100** — per l'Estero L. **140.** — Per gli associati al « Policlinico »: per l'Italia sole L. **95** — per l'Estero sole L. **135.**

Per abbonarsi inviare Vaglia Postale o Chèque Bancario alla Ditta LUIGI POZZI editore, Via Sistina 14 - ROMA.

Ai già abbonati del 1938 a queste Riviste rivolgiamo preghiere di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo pel 1939 per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di applicare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

ANNO XLVI — Roma, 2 Gennaio 1939 - XVII — Num. 1

SOMMARIO.

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
e Terapia Medica della R. Università di Padova
Direttore: prof. ANTONIO GASBARRINI

Infarto del miocardio da coronarite sinistra di natura arterio-sclerotica (e luetica?) in soggetto diabetico.

Lezione clinica del prof. A. GASBARRINI, dirett. raccolta dal prof. FR. CASANOVA, ass. eff.

L'ammalato che oggi vi presento non offre notevoli difficoltà diagnostiche, ma si presta a proficue considerazioni su un argomento di attualità e di interesse pratico, riguardante la patologia del miocardio.

Si tratta di un uomo di 48 anni, sarto. Il padre è morto all'età di 42 a. per tumore dello stomaco. La madre ebbe 14 figli, nessun aborto e morì a 47 a. per neoplasia addominale. Nella famiglia del paziente figura la tubercolosi. Infatti, un fratello è morto di tale malattia, una sorella ne è sofferente. Un altro fratello è venuto a mancare di paralisi cardiaca. Non figurano nella famiglia malattie del ricambio.

L'infermo ha prestato servizio militare per 8 anni consecutivi, di cui parte trascorsi in Libia e parte nella grande guerra; si è sposato con donna sana, che ha avuto sei gravidanze, delle quali tre abortive nei primi mesi. È stato forte mangiatore, non bevitore, nè fumatore.

A 20 a. soffrì di paratifo. Sei anni or sono, cioè all'età di 42 a., ebbe reumatismo articolare acuto. L'affezione durò due mesi e sembra decorresse in maniera grave; tuttavia, a detta dei medici curanti, non lasciò danni al cuore. L'infermo nega la lue ed altre malattie veneree.

Da 5 mesi sono comparsi i seguenti disturbi: fame e sete intensa, poliuria e diminuzione del peso corporeo (4 Kg. in 6 mesi).

Verso la metà di Febbraio u. s. a questa prima sintomatologia, che non aveva per nulla allarmato il p., si aggiunsero formicolio ed intorpidimento all'avambraccio ed al braccio sin. con diffusione verso la regione retrosternale ed a carattere costrittivo. L'infermo doveva sospendere il lavoro; però, dopo pochi minuti, i disturbi sparivano prontamente; non sembra vi fosse pallore della cute, nè dispnea da sforzo. Per tre giorni di seguito verso sera si sono presentati questi disturbi, aumentando però sempre più nella durata e ravvicinandosi fra loro, cosicchè il dolore costrittivo nella regione retrosternale è divenuto pressochè continuo. Il 20 Febbraio fu chiamato un medico, il quale trovò ipertensione arteriosa (la pressione massima era di 220 mm. Hg.) e consigliò una cura jodica ed ipotensiva.

Nei giorni successivi i disturbi si sono aggravati, i dolori si sono fatti più intensi ed accompagnati ad una sensazione indefinibile di malessere. Il 25 Febbraio l'infermo ha dovuto mettersi a letto; nella notte dal 25 al 26 è insorto vomito ed il malessere si è fatto così grave da decidere il p. ad entrare in Clinica.

Oggi l'i. vi si presenta notevolmente migliorato, in seguito al riposo e ad una terapia che stiamo svolgendo. Si tratta di un individuo in discrete condizioni di sanguificazione; però sul fondo pallido del viso potete notare una lieve cianosi dei pomelli e delle labbra. Non si palpano ghiandole ingrossate in alcuna sede. L'osservazione del capo fa rilevare un certo spianamento della metà sin. della faccia; per essere più precisi, diremo che esiste un abbassamento della piega labiale di sin.; vi è quindi un deficit del facciale inf. di questo lato. Null'altro da segnalare a carico dei nervi cranici. Un esame otorinolaringojatrico, eseguito con molta diligenza, ha fatto notare una stenosi di notevole grado per deviazione del setto nasale a sin. ed a carico del laringe, una cordite iperplastica (si tenga presente che il paz. è un pò disfonico e che questa disfonia risalirebbe, a quanto egli ci afferma, all'età infantile.

All'ispezione del collo si può osservare una pulsazione arteriosa più evidente a sin. che a d., ma si tratta di una differenza di poco conto; le vene giugulari non sono turgide. Assenti i segni di Cardarelli, Oliver, Ewart e Grocco.

Il torace è simmetrico, di conformazione normale, di forma, che si protrebbe dire quadrata. All'apparato respiratorio, lieve ipofonesi delle regioni apicali con asprezza del respiro, qualche rantolo insonoro alle basi e crepitii alla regione sottoclaveare di d. L'esame radiografico del to-

race dimostra una velatura fibrosa degli apici, prevalente a d. con corrispondente ingrandimento dell'ombra ilare.

Per ciò che riguarda il cuore: non bozza precordiale: urto puntale in IV spazio sulla emiclaveare; non si apprezzano fremiti, nè pulsazioni anormali, nè l'urto diastolico di chiusura dei pizzi della polmonare; l'aia cardiaca è lievemente ingrandita verso sin. e ne avete la conferma osservando l'ortoradiogramma; cuore orizzontale con lieve ingrandimento dei diametri longitudinale e trasverso. La regione puntale non è arrotondata, ma un po' allungata ed assottigliata.

L'ascoltazione del cuore fa rilevare un carattere cupo e smorzato dei toni, soprattutto del primo sull'aorta; sul manubrio dello sterno un rumoretto sistolico breve, alquanto rude; non rumori diastolici; il ritmo ora non presenta alterazioni, ma nei primi giorni abbiamo invece osservato una certa tendenza al ritmo embriocardico. In questi giorni, dato il miglioramento delle condizioni dell'infermo, sono state eseguite alcune prove della funzionalità cardiaca (Azoulay-Varisco, Martinet), con esito normale.

Abbiamo voluto completare l'esame del cuore mediante un'indagine chimografica, di cui vi leggo i risultati: il chimogramma di-

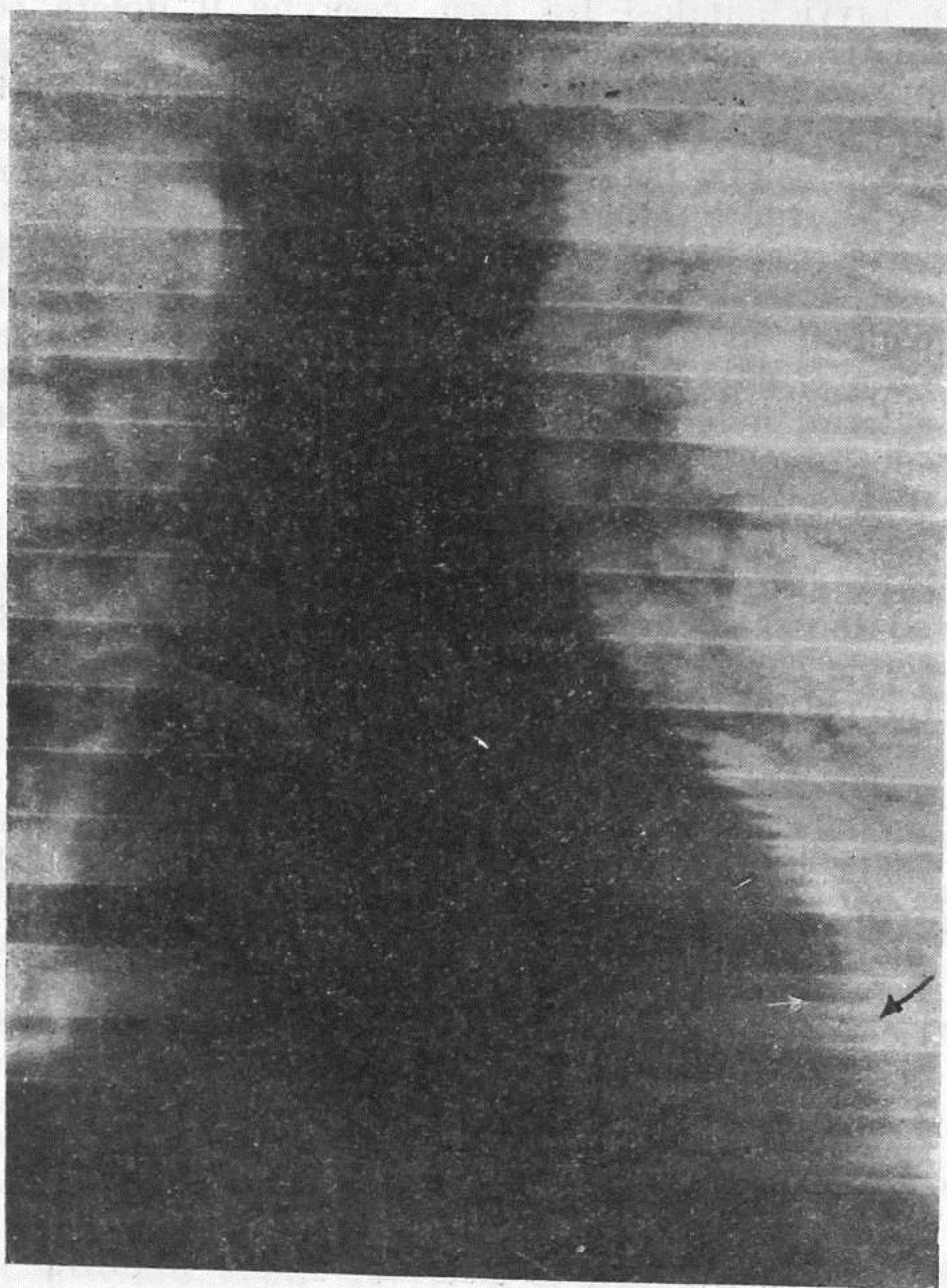


Fig. 1.

mostra normali i movimenti sulla marginale sin. in corrispondenza dei due terzi sup.; invece nella regione soprapuntale si nota una tenue rientranza sopramarginale ed in questo segmento, come alla punta, le grafiche sono appena accennate per quanto distinte. (vedi fig. 1). Lo stesso quadro non si ha sulla faccia posteriore del ventricolo sin., in cui le escursioni sono normali.

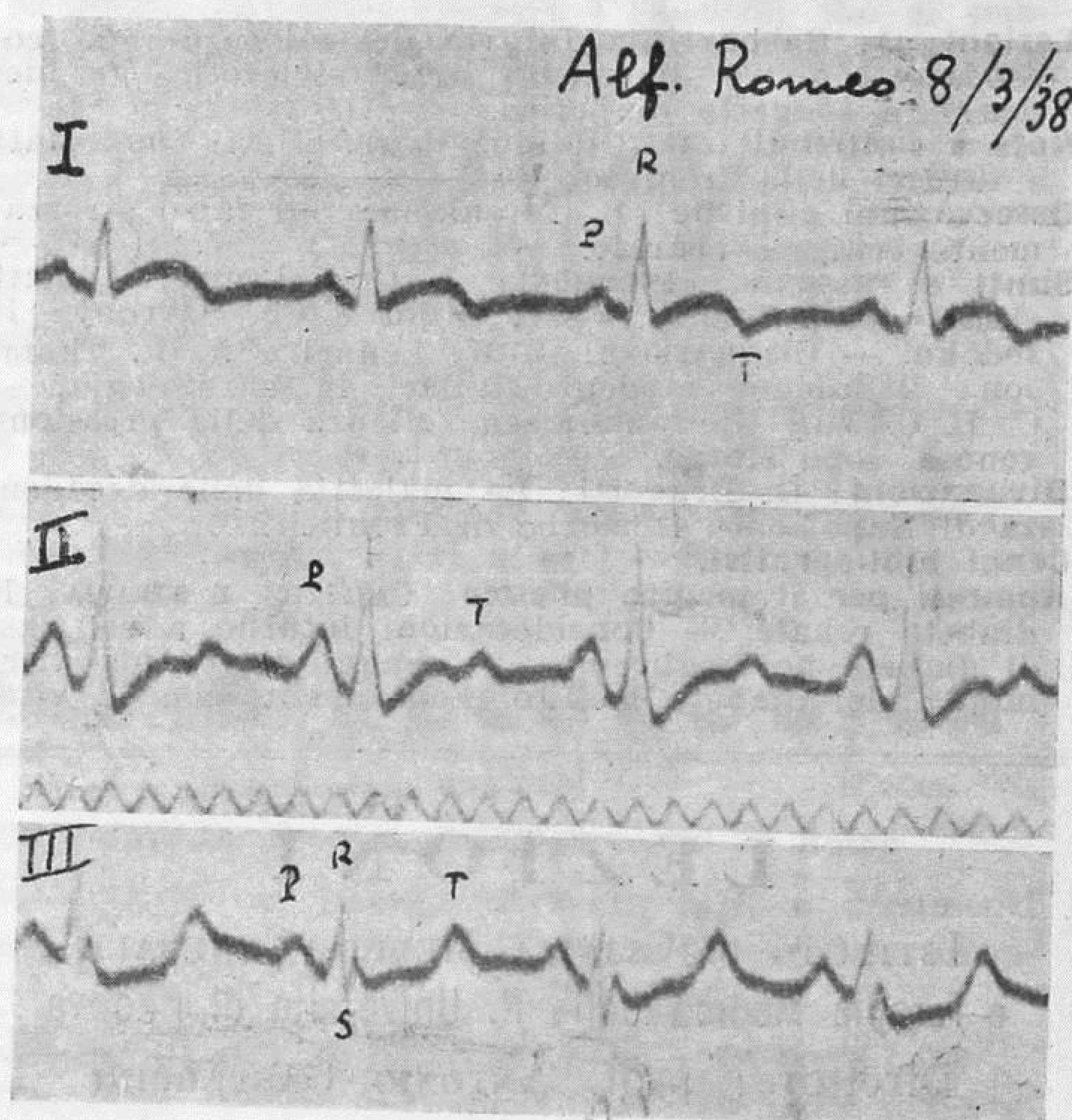


Fig. 2.

L'indagine radiografica dei grossi vasi dimostra un'aorta normale, a prescindere da una marcata densità.

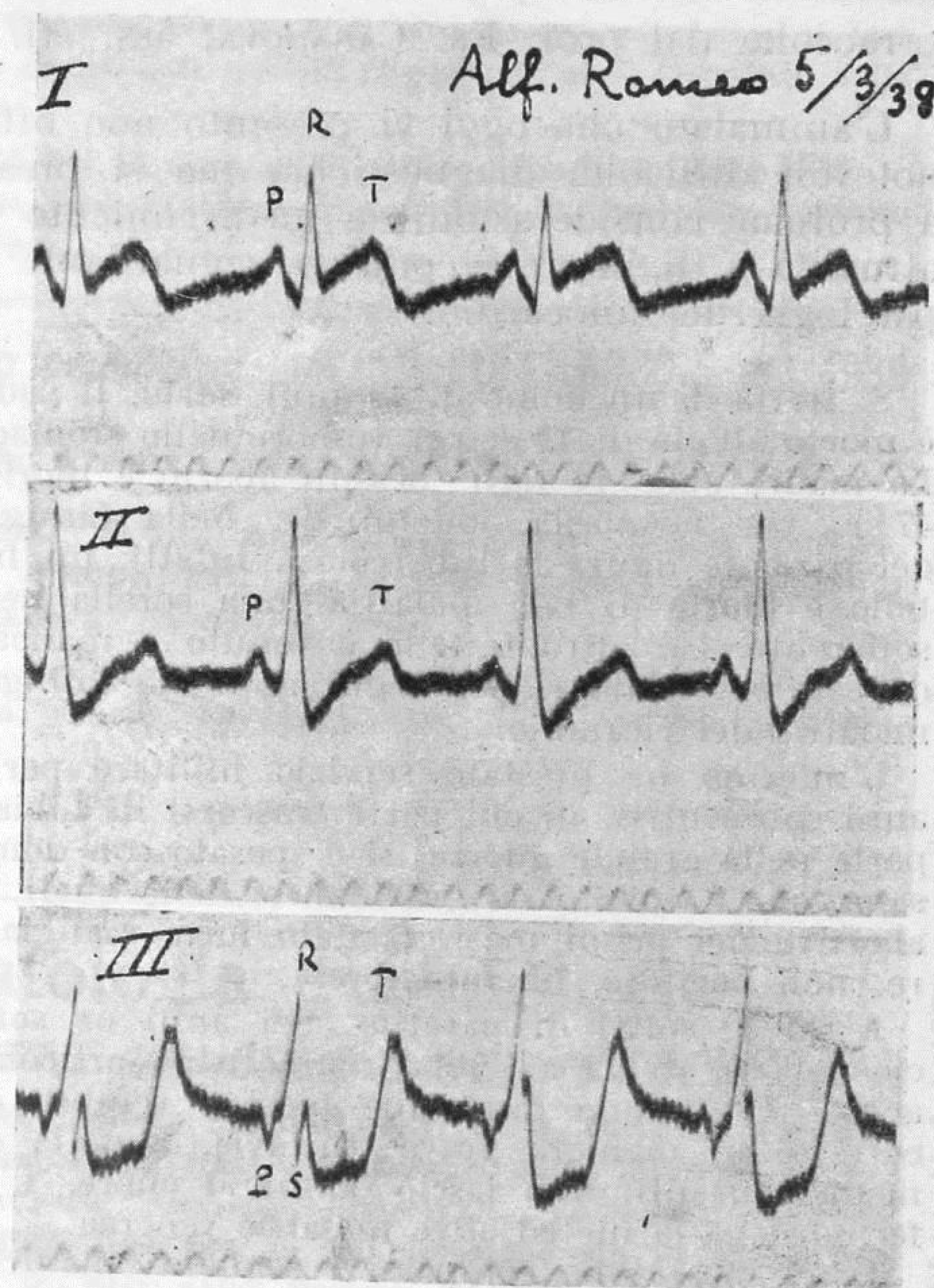


Fig. 3.

L'elettrocardiogramma mette in evidenza notevoli alterazioni del complesso ventricola-

re, alterazioni che per di più non hanno carattere statico, ma si dimostrano in evoluzione anche nel giro di pochi giorni. Ecco, infatti, il reperto elettrocardiografico del 28 Febbraio: complessi atriali e ventricolari isoritmici, di frequenza 111; l'onda P positiva,

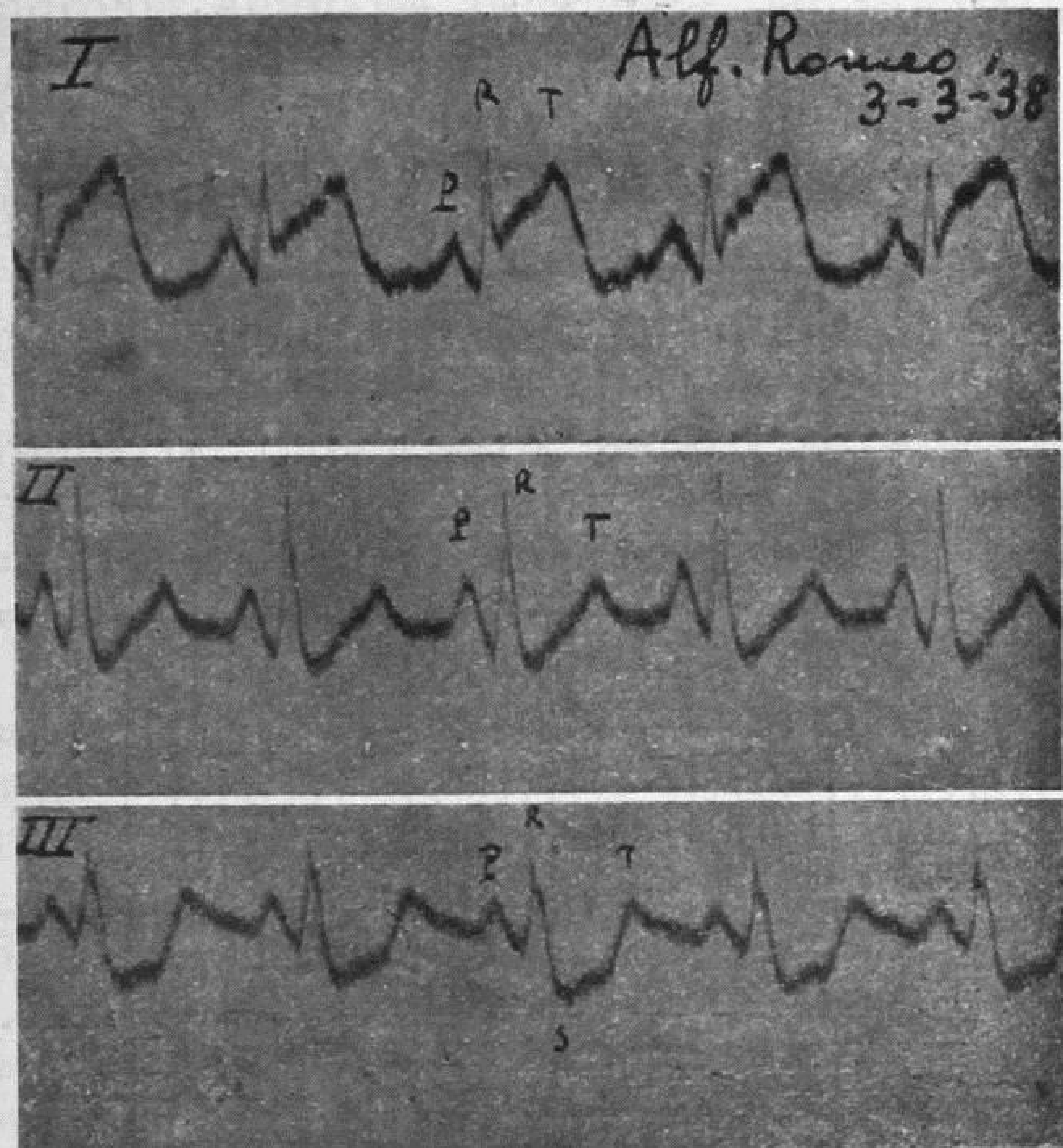


FIG. 4.

eccessivamente sviluppata in seconda e terza derivazione, rispetto alle onde rapide; tratto PR di 0,12''; le onde rapide sono poco sviluppate con prevalenza di R in D I e D II. Il tratto S-T è sopra la isoelettrica, si inizia

maggiore evidenza delle suddette alterazioni nel tratto S-T. Esse compaiono anche in terza derivazione, in opposto senso.

I successivi elettrocardiogrammi dimostrano la evoluzione dell'alterazione del tratto S-T, che tende a scomparire (v. fig. 2-3-4-5).

Il polso è valido, abbastanza ritmico, uguale, non frequente (80 al m'). La capillaroscopia ci dice che i capillari sono di forma normale, ma alquanto assottigliati; assai pallido il fondo capillaroscopico.

Il fegato deborda due dita trasverse dalla arcata costale; il suo margine superiore è nei limiti normali; normale l'area splenica. Non segni di versamento libero nel cavo addominale; non edemi agli arti inferiori. Nulla di patologico presenta il sistema nervoso, a prescindere dalla già segnalata paresi facciale s.

Gli esami di laboratorio, eseguiti su questo ammalato, ci hanno dimostrato quanto segue: all'ingresso del malato in Clinica, nelle urine glucosio: gr. 26-29 ‰ ed acetone; nel sedimento qualche cilindro ialino, qualche globulo rosso deformato. Dopo cura insulinica (40 unità al giorno) lo zucchero è diminuito a gr. 11-12 ‰ e finalmente oggi il p. è aglicosurico; assente l'acetone. La glicemia, che all'ingresso era del 3 ‰, è passata a gr. 2,30 ‰ ed oggi all'1,50 ‰. L'azotemia è di 0,46 ‰. La prova di concentrazione nelle urine dà oggi risultato normale. La cutireazione è debolmente positiva. Gli esami di sangue dimostrano una buona crasi sanguigna; All'ingresso i globuli rossi erano 5.120.000 per mmc., ed oggi sono 4.790.000. Notate pure il

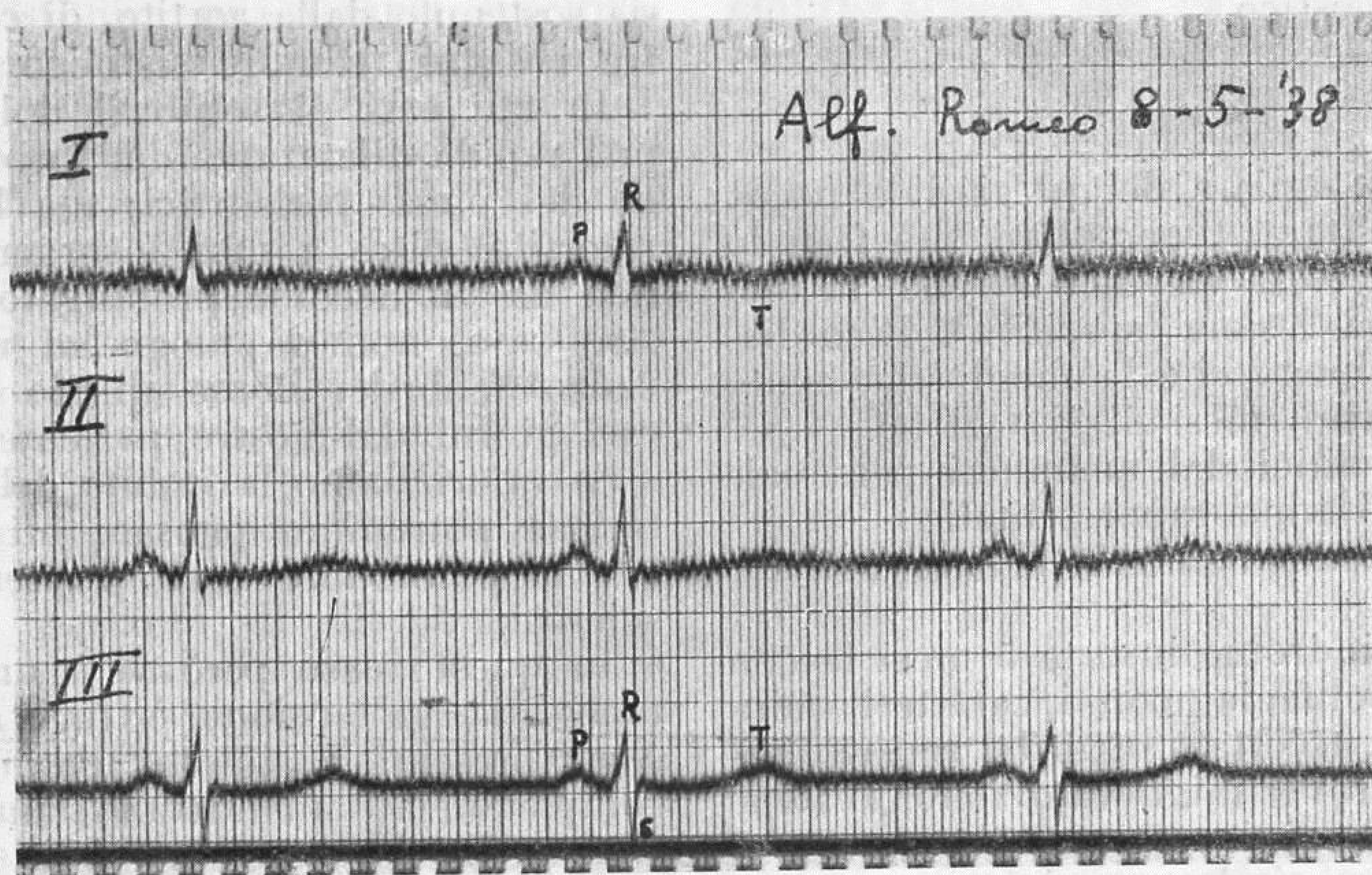


FIG. 5.

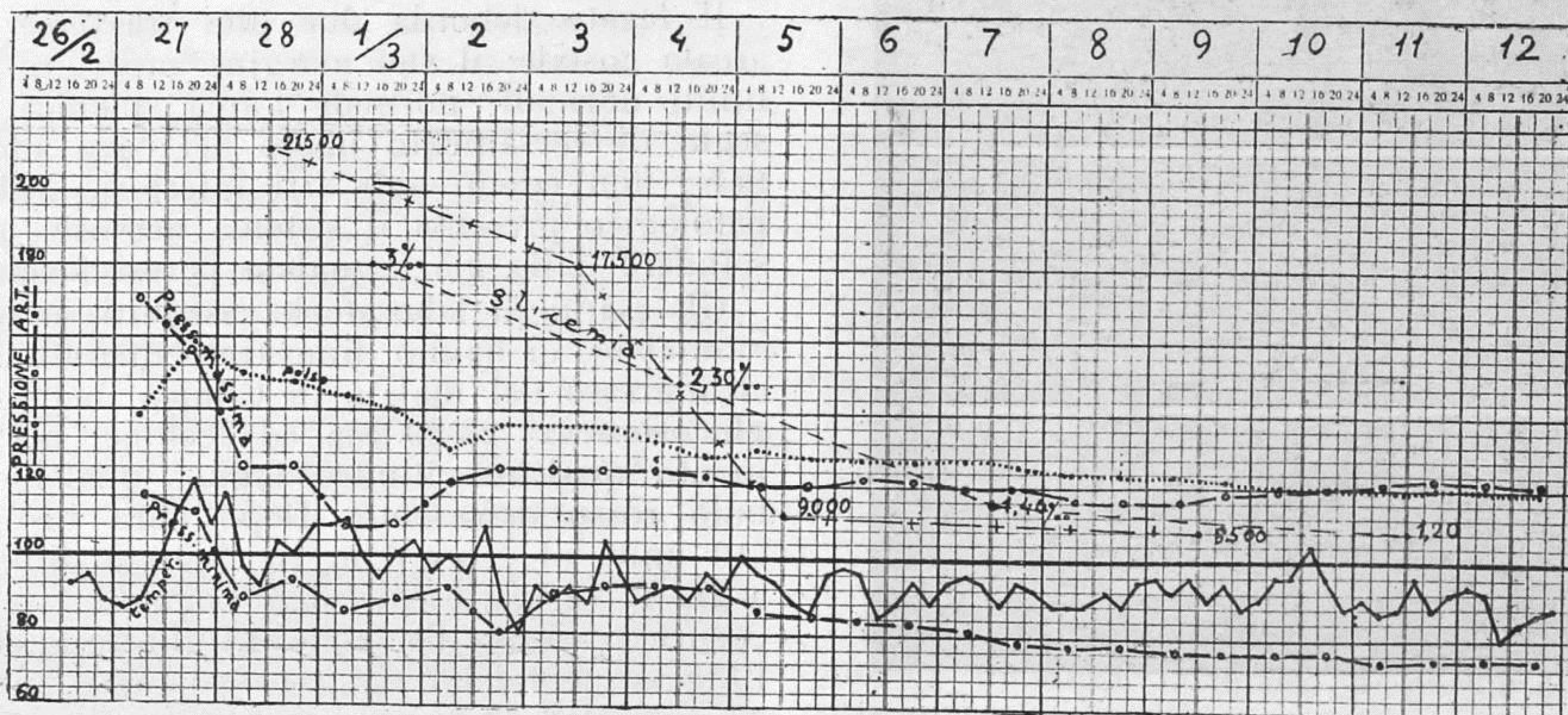
direttamente sulla branca discendente di R e si continua con un'onda P negativa ed appuntita in D I. In D II e D III la T è positiva, molto appuntita e sviluppata. Il giorno 3 Marzo l'elettrocardiogramma dimostrava una

numero dei globuli bianchi, che da 21.600 è oggi sceso ad 8500. La percentuale dei neutrofili da 77 è scesa a 68. La velocità di sedimentazione delle emazie il 14 Marzo dava un discreto aumento rispetto ai valori nor-

mali. La reazione di Wassermann è riuscita negativa.

Vi presento una grafica (v. fig. 6), ove sono riunite le curve della pressione arteriosa massima e minima, del polso e della temperatura. La T. che il 27 Febbraio era di 38°, è poi caduta per lisi nello spazio di 5 giorni; la pressione massima da un livello di 170 mm. il 27 Febbraio si è abbassata a 124 il giorno 28 ed a 110 il 1° Marzo, per risalire poi sui 125, a cui si mantiene tuttora. Parallelamente alla caduta della pressione vi è stato un aumento di frequenza del polso, che ha raggiunto un massimo di 118 al 1' e poi è ritornato sugli 80 al 1'.

In possesso di tutti questi dati anamnestici, obbiettivi, di laboratorio, elettrocardiografici, passiamo ad interpretare il caso ed esprimere il giudizio diagnostico.



⁂

L'anamnesi famigliare del p. ci dice poco: vi è una certa tara tubercolare (un fratello morto di tubercolosi ed una sorella tuttora portatrice di una lesione specifica). Ricordiamo in secondo luogo che la moglie ha avuto tre aborti nei primi mesi di gestazione.

Fra i dati forniti dall'anamnesi personale i più importanti sono rappresentati:

1) da un reumatismo articolare sofferto sei anni or sono;

2) da una sindrome insorta 5 mesi fa con sete, poliuria, polifagia, con i caratteri quindi di un diabete, accertato oggi dal reperto glicemico ed urinario e migliorato soltanto dopo somministrazione di insulina;

3) da un'altra sindrome ad impronta cardiaca, insorta verso la metà di Febbraio ed instauratasi acutamente in un infermo, che dimostra oggi ingrandimento del cuore e toni sordi su tutti i focolai;

4) finalmente, con la sindrome cardiaca ha coinciso la brusca caduta della pressione arteriosa, l'insorgenza di febbre con leucocitosi, un peggioramento evidente della sindrome diabetica (iperglicemia, acetonuria).

Poco da rilevare a proposito della sindrome diabetica. Si tratta di un diabete di media gravità, rapidamente migliorato, come si è detto, con pochi giorni di cura insulinica. La sindrome cardiaca invece si presta a qualche considerazione: essa è insorta con i caratteri di una pseudo-angina subdola, con formicolio e senso di costrizione, ed è terminata in una crisi cardiaca notevole, con minaccia fortunatamente superata di insufficienza acuta del cuore.

Varie possibilità si prospettano ora al medico, esulando per il momento dal reperto elettrocardiografico che non sempre è, come nel nostro caso, di facile interpretazione.

Possiamo pensare anzitutto che l'episodio sia sostenuto dalla aortite, di cui l'infermo offre i segni (rumore sistolico sull'aorta).

In tali casi di solito il dolore è dovuto a una rapida dilatazione del vaso con stimolazione dei plessi periaortici; ma l'attacco da *periaortite*, oltre a non insorgere bruscamente, non ha un decorso prolungato, come nel nostro caso, non dà luogo ad un collasso con rialzo febbrile, come quello presentato per varî giorni dal nostro paziente.

Se valorizziamo la caduta della pressione arteriosa potremmo pensare ad un attacco di *edema polmonare acuto* in terreno di nefrosclerosi.

In questo caso però vi è un collasso subitaneo, la ipotensione è fugace, oltre a ciò, sono presenti i sintomi polmonari, che qui completamente mancavano; mancava, del resto, anche la sindrome della sclerosi renale (iperazotemia, insufficienza della funzionalità renale).

L'attenzione deve restringersi evidentemente al cuore ed allora dobbiamo discutere in primo luogo se non poteva trattarsi di una sindrome *da insufficienza acuta del ventricolo sinistro*. I diabetici vanno spesso incontro ad attacchi cardiaci, perchè le alterazioni arterio-

sclerotiche ledono contemporaneamente i vasi del distretto pancreatico e coronarico. Ma certamente non si è trattato di un banale attacco cardiaco, perchè questo suole insorgere dopo sforzi, talora dopo una intercorrente infezione e non si accompagna ad una così netta sindrome dolorosa. Se valorizziamo ora la sindrome anginosa presentata dall'infermo si dovrebbe pensare alla *vera angina di petto*. Questa dà la classica bufera dolorosa, rapida, angosciosa, che immobilizza il paziente con una sensazione di tenaglia, che sembra schiantare la vita. Nel nostro caso invece il dolore non raggiunse mai tale intensità, non ebbe la durata breve dell'angina di petto, ma fu prolungato, progressivo; inoltre nell'angina di petto il dolore cede all'azione dei vaso-dilatatori, ciò che in primo tempo non si verificò nel nostro ammalato.

La miocardite sclerotica interstiziale potrebbe realizzare un'insufficienza cardiaca, ma in questo caso lo scompenso è lento, progressivo, a meno che un fatto nuovo di origine vascolare non si sovrapponga alla sindrome clinica, conferendole una impronta particolare.

Per le stesse considerazioni siamo autorizzati ad escludere una *miocardite da reumatismo articolare acuto*, di cui il p. ebbe a soffrire all'età di 42 anni.

Non potrebbe la sindrome clinica essere riferita ad una pregressa infezione luetica ignorata? È vecchia nozione la frequenza con la quale la sifilide suole attaccare i vasi del cuore ed il miocardio. Fra i vecchi Clinici, il Semmola avvertiva che di fronte a miocarditici, che stentino a guarire con le abituali terapie cardiotoniche, è buona regola sospettare la sifilide, ed istituire una terapia specifica. Conosciamo oggi nei più minuti particolari la *coronarite* e la *miocardite sifilitica*, quest'ultima sia circoscritta (gomme), che diffusa (miocardite sifilitica interstiziale), secondo Cesa-Bianchi, sempre secondaria ad una lesione specifica dei casi. Orbene, nel nostro caso non si può pensare ad una *gomma* (evenienza rara e difficilmente diagnosticabile), perchè la sintomatologia ha avuto troppo rapida insorgenza, nè ad una *miocardite sifilitica interstiziale*, che suole decorrere col tipo di una insufficienza cardiaca progressiva.

Riservandoci pertanto di discutere da qui a poco l'eventuale partecipazione di una lue pregressa, non ci resta per l'interpretazione della sindrome clinica che guardare ai vasi del cuore ed ammettere un processo di stenosi d'alto grado delle coronarie, accompagnata da trombosi coronarica e conseguente formazione di un *infarto miocardico*.

A questo punto ci si domanda quali siano gli elementi clinici, elettrocardiografici e di laboratorio che permettono di porre la diagnosi di infarto del miocardio, di stabilire la sede di esso e di esprimere un esatto giudizio prognostico.

I sintomi clinici sono presenti nel nostro caso: sono mancati i dolori brutali, improvvisi, intensi, dei quali si parla nei Trattati, ma si ricordi che molto spesso l'infarto insorge senza dolore, con puro senso di angoscia. Nella maggior parte dei casi, del resto, il dolore è in sede retrosternale, come nel nostro malato; ma può essere riferito in sedi atipiche, cioè epigastrica, con irradiazioni all'addome, talvolta accompagnate da vomito. In qualche caso il dolore violento in sede gastrica ha fatto pensare a sindromi addominali, come la perforazione di ulcera gastro-duodenale, la pancreatite acuta emorragica, la trombosi dell'arteria mesenterica (si tratta dei così detti *stati di male cardio-gastro-anginoso*). Di tali sintomatologie addominali hanno descritto casi Liann, Donzelot, Gallavardin e fra noi, Calabresi della scuola del Cesa-Bianchi e Frugoni, a cui si deve l'illustrazione di un caso con sintomi da colecistite acuta (« *stato di male colecisto-cardio-anginoso* »). Spetta al Levine il merito di aver richiamato l'attenzione su casi di infarto del cuore con sintomatologia clinica nettamente addominale, così da realizzare « condizioni addominali chirurgiche acute ».

Altri sintomi da prendere in considerazione sono il collasso cardio-vascolare, la cianosi, il sudore, la dispnea, la brusca caduta della pressione massima, caduta che permane varî giorni (nell'angina di petto vi è elevazione della pressione arteriosa), il carattere di piccolezza e frequenza del polso, l'oscurità dei toni cardiaci, la presenza di rumori sistolici, ora sull'aorta, ora sulla mitrale; il ritmo di galoppo presistolico; inoltre la tendenza al ritmo embriocardico, alle extrasistoli, il blocco di branca, la fibrillazione auricolare e talvolta anche ventricolare; fenomeni tutti che possono condurre al quadro della insufficienza ventricolare od auricolare destra o sinistra.

Il riassorbimento dei prodotti tossici esistenti nel focolaio miocardico determina l'insorgenza di febbre e di leucocitosi; se l'infarto è superficiale, il che avviene di frequente, si ha compartecipazione del pericardio con percettibilità di sfregamenti. Se l'infarto è profondo, può determinare una reazione sottoendocardica, e se interessa il setto interventricolare, affiorare nelle due cavità destra e sinistra; si realizza allora la varietà sottoendocardica od emboligena dell'infarto, che può causare embolie per il grande o per il piccolo circolo. Altre volte l'irritazione può propagarsi e determinare una sindrome frenica con singhiozzo, oppure addominale con meteorismo e diarrea.

Fra i dati di laboratorio ricordo il comportamento della curva glicemica, nel senso di una fugace iperglicemia, l'aumento della velocità di sedimentazione dei globuli rossi, la sopra citata leucocitosi.

Il nostro infermo ha presentato la caduta

della pressione arteriosa, il carattere embriocardico passeggero del ritmo, la febbre, la leucocitosi, l'aumento della velocità di sedimentazione delle emazie. Non si è avuta la partecipazione del pericardio, nè la grave insufficienza ventricolare, che può condurre all'edema polmonare.

Enunciato il sospetto clinico di infarto miocardico, dobbiamo ora cercarne la conferma nel reperto elettro-cardiografico, di cui oggidì non si può prescindere, volendo esprimere un concetto diagnostico esatto in tema di patologia cardiaca.

A tale proposito è bene teniate a mente che il prezioso sussidio dell'indagine elettrocardiografica non deve venir valutato in maniera troppo assoluta: Condorelli ha descritto infarti zone miocardiche elettrocardiograficamente mute. Tuttavia nel maggior numero dei casi è dato di osservare un'alterazione particolare del tratto S-T.

I principali dati che conferiscono atipia all'onda T sono costituiti:

1) dall'onda « *en dôme* » od onda coronaria di Pardée. Essa è di osservazione non molto frequente perchè corrispondente ad un primissimo periodo dell'infarto, che può durare da poche ore a qualche settimana. È costituita da una particolare convessità dello spazio R-T che ingloba anche T, oppure termina con una T invertita; il decorso convesso del tratto R-T fa apparire quasi una diretta inserzione di T sulla branca discendente di R;

2) dall'onda T negativa a vertice acuto di Herrich e Schmidt. È più frequente e corrispondente al secondo periodo di durata, talvolta assai lunga, nel quale la grande onda monofasica iniziale si è andata gradualmente appiattendo.

Queste alterazioni fondamentali di T possono presentarsi variamente combinate nelle tre derivazioni, cosicchè Parkinson e Bedford hanno potuto distinguere due tipi fondamentali fra i quadri elettrocardiografici: *un primo* con T negativa ed appuntata in D I, piatta o leggermente negativa in D II e positiva ed appuntita in D III; un *secondo* con T negativa ed aguzza in D III, positiva in D I e leggermente positiva in D II; inoltre, a questi aggiungono altri due quadri meno frequenti e cioè un terzo con T negativa in tutte tre le derivazioni ed un quarto con semplice deflessione ed appuntimento di T in D III.

La direzione di T costituirebbe anche un prezioso indizio per la sede dell'infarto: la lesione della base o della faccia posteriore del cuore (coronaria destra) darebbe un quadro del tipo *secondo* di Parkinson e Bedford. Invece l'infarto puntale o della faccia anteriore (coronaria sinistra) darebbe un quadro del tipo *primo* (come negli elettrocardiogrammi del nostro malato). Mi piace qui ricordare le interessanti ricerche sperimentali di Chini, della Scuola di Frugoni sulla onda coronaria sinistra « *puntale* e *basale* ».

La localizzazione nel setto interventricolare si palesa invece frequentemente con disturbi dell'apparato di conduzione: blocco di branca, dissociazione atrio-ventricolare, tachicardia ventricolare.

***

Stabilita così l'esistenza di un infarto miocardico, il nostro compito non è terminato: dobbiamo chiederci quale malattia abbia causato la lesione coronarica e portato quindi al disturbo di irrorazione di una parte del cuore.

Si tratta di una coronarite arteriosclerotica o luetica?

Nei riguardi della lesione arteriosclerotica non abbiamo molti dubbî per ammetterla. Ricordiamo quanto siano frequenti nei diabetici per arteriosclerosi pancreatica gli attacchi da contemporanea miocardite e coronarite arteriosclerotica.

Ad avvalorare questa ipotesi, stanno l'aspetto particolarmente denso dell'aorta sul radiogramma e l'esistenza di un rumore sistolico sul focolaio aortico.

Per la natura luetica della lesione coronarica, sebbene manchino dati sicuri (nessun segno anamnestico di pregressa infezione luetica, negatività della reazione di Wassermann), vi è d'altra parte qualche elemento probativo: ricordiamo le tre gravidanze abortive della moglie, la paresi del facciale di s. che l'infermo presenta, certamente non « a frigore », lo stato ipertrofico delle corde vocali. Siamo quindi indotti a considerare il nostro malato un arteriosclerotico ed un luetico ad un tempo, riservandoci di tentare una riattivazione della reazione di Wassermann per trarne dati più sicuri.

Concludiamo quindi col ritenere che nel nostro paziente, che è un diabetico, un processo di ateromasia coronarica, di natura probabilmente luetica per lue ignorata, abbia condotto ad una trombosi, manifestantesi con ripetuti attacchi pseudo-anginosi, cui è seguito un infarto miocardico (da trombosi della branca discendente anteriore della coronaria sinistra). L'infarto risiede dunque sulla faccia anteriore del V. S., in prossimità della punta, ma non è così superficiale da interessare l'epicardio. Escludiamo che sia nel V. D., oltre che per la minore frequenza di esso, perchè è mancato l'ingrandimento acuto del fegato, che suole seguire alla insufficienza di questa sezione del cuore.

Ammessa tale diagnosi di natura e di sede, ci domandiamo quale potrà esserne l'esito lontano. All'infarto miocardico può seguire — com'è noto — una placca sclerotica cicatriziale, oppure un aneurisma parietale del cuore, facilitato dallo stiramento eccentrico che le sinechie pericardiche, o meglio pleuropericardiche, circoscritte alla sede dell'infarto, vengono di solito ad esercitare sopra una parete sottile e dotata di scarso potere ela-

stico (Benedetti). In altri casi può aversi la morte improvvisa da rottura del cuore o per insufficienza acuta del miocardio.

Ricordiamo che l'infarto si può ripetere da un momento all'altro ed assumere altresì un andamento ben più grave di quello odierno.

La guarigione è possibile per la formazione di un tessuto resistente di cicatrice; ma su questi soggetti pesa la spada di Damocle per molteplici e gravi complicazioni, che rendono la prognosi quanto mai riservata.

La *terapia* da consigliare all'infermo, il quale ha ormai superato lo stadio acuto della malattia, deve essere soprattutto jodica e specifica, a base di frizioni mercuriali e di iniezioni di bijoduro di mercurio. In seguito ricorreremo con cautela agli arseno-benzoli.

Consiglieremo anche vasodilatatori coronarici, come trinitrina, secondo la formula di Vaquez, o meglio, tipo teobromina, teofillina, associati a piccole dosi di luminale ed alternati ad estratti muscolari, che esplicano parimenti azione coronario-dilatatrice.

Raccomanderemo anche riposo assoluto di 4-6 settimane, dopo le quali l'attività lavorativa dovrà essere ripresa con molta cautela. In caso di ripetizione dell'attacco acuto, consiglieremo: 1) contro il dolore: morfina, atropina, caffeina (per iniezione), luminal sodico (2-3 iniezioni endomuscolari); 2) contro l'insufficienza cardiaca: strofantina (un ottavo di mmgr.), associata a tefamin, coramina, cardiazol-efedrina, sympatol.

Molto cauti dovremo essere nella somministrazione della digitale per il pericolo che si stabilisca uno stato di fibrillazione ventricolare. Più utile può riuscire la terapia uabainica per os e per iniezioni endovena (15-20 goccie della soluzione al ‰ tre volte al giorno, od 1/4 di mmgr. 2 volte pro die nella vena).

Qualche cosa è da dirsi a proposito della cura glucosio-insulinica, da varie parti consigliata nei cardiopazienti. Secondo studî di allievi del Micheli (Penati, Barone e Croce), l'insulina può causare nella fase ipoglicemica un vaso-spasmo coronarico (per interessamento del vago), d'onde crisi di angina di petto, talora lesioni della fibra miocardica, insorte in corso di ipoglicemia da insulina ed addirittura produzione di infarti.

Il Micheli stesso, descrivendo un caso per molti punti assai simile a quello nostro, si chiese se l'insulina precedentemente somministrata al paziente che era un diabetico, avesse potuto scatenare la sindrome dell'infarto. Egli risolse il quesito in senso negativo e consigliò la prudente continuazione della terapia insulinica. Nel nostro caso questo dubbio non sussiste, perchè l'infermo non era in trattamento insulinico ed, al contrario, la somministrazione di insulina da noi eseguita ha causato, parallelamente al miglioramento della sindrome cardiaca, un deciso miglioramento di quella diabetica, che aveva assunto all'inizio proporzioni allarmanti. Continueremo a trattare il nostro infermo con quelle dosi di insulina che riterremo necessarie per mantenere normale il ricambio dei glucidi. Raccomanderemo infine un lungo periodo di assoluto riposo a letto, allo scopo di migliorare la funzione miocardica e facilitare soprattutto il processo di cicatrizzazione e la formazione di utili anastomosi fra i vasi della regione colpita e quelli delle zone vicine.

Nel porre termine a questa mia lezione vi esorto a tenere ben fissa nella vostra mente la sindrome dell'infarto miocardico, di così alto interesse pratico. Essa vi ammaestra ancora una volta allo studio diligente e completo del paziente, che integrato dall'indagine elettrocardiografica, la cui importanza nella comune pratica medica è andata in questi ultimi anni sempre più affermandosi, vi consentirà in casi consimili di formulare un preciso giudizio diagnostico e prognostico, nonchè di istituire una cura sollecita e spesso efficace.

RIASSUNTO.

L'A. discute un caso di infarto del miocardio da coronarite sinistra, di natura arteriosclerotica e luetica (?) in un soggetto diabetico.

Dopo essersi intrattenuto sulla diagnosi differenziale ed aver precisato la sede e la natura dell'infarto, accenna alla prognosi ed alla cura.

*

NOTE E CONTRIBUTI

Istituto Nazionale Fascista
della Previdenza Sociale
Ospedale Sanatoriale di Ragusa.

Sugli effetti immediati e tardivi della frenicoexeresi.

Dott. Giovanni Gibiino, direttore.

Proposta da Willy Felix nel 1921 dopo gli insuccessi constatati colla semplice frenicotomia, la frenicoexeresi si è diffusa ed affermata rapidamente nel campo della tisiologia. E anche se le opinioni non sono sempre concordi, molte indicazioni sono state chiarite e nettamente imposte, e meglio studiati ne sono il meccanismo d'azione e l'efficacia terapeutica.

È bene premettere intanto, che è quasi universalmente accettato il concetto che la frenicoexeresi, intervento a conseguenze durature se non sempre permanenti, e ad efficacia terapeutica non sempre prevedibile, non può sostituirsi al pnt. nella collassoterapia del polmone. Il pnt. difatti è da preferire perchè con esso si ottengono guarigioni più stabili, in una più forte percentuale di casi, e con conseguenze anatomo-funzionali spesso minime e trascurabili; mentre con la frenicoexeresi si ha la perdita funzionale, più o meno permanente, del più importante muscolo della respirazione.

Nè vale l'appunto fatto al pnt. di essere una cura troppo lunga, durante il corso della quale si verificano molto facilmente complicanze. Intanto è da notare che vari Autori consigliano, per rendere meno labili gli effetti della frenicoexeresi, una cura sanatoriale di riposo molto lunga dopo l'intervento, ed in quanto alle complicanze del pnt. si può affermare che, se convenientemente curate secondo i dettami di Morelli e della sua Scuola, raramente danno luogo a gravi conseguenze.

Una questione pure sorpassata è quella dell'associazione sistematica della frenicoexeresi al pnt., preconizzata da taluni AA. per distanziare i rifornimenti, diminuire la frequenza dei versamenti pleurici, e per garantirsi, a pneumotorace abbandonato, da una eccessiva riespansione del polmone.

Questione, dicevo, sorpassata perchè è dimostrato che col solo pnt. si possono raggiungere i massimi risultati terapeutici, con conseguenze anatomo-funzionali minime per il polmone; tanto vale quindi riservare la frenicoexeresi a quei casi in cui il pnt. o non si è potuto istituire, o se è stato istituito, non è risultato efficiente. È in questi casi, quando sembrano a volta perdute tutte le speranze di guarigione, che l'intervento assume una grandissima importanza, in quanto può rappresentare l'unica possibilità terapeutica da tentare, e con risultati che a volte sono pari o superiori a qualunque attesa.

Gli effetti della frenicoexeresi sul polmone omolaterale sono dovuti sopratutto ad una azione dinamica e ad una azione statica; è stata studiata anche l'azione statico-dinamica. Altri AA. poi annettono molta importanza al fattore nervoso, alla recisione cioè di filetti simpatici decorrenti nel frenico, con conseguenti vasodilatazioni e stimolo alla sclerosi polmonare. L'ipotesi è piuttosto contrastata, o per lo meno si considera da molti tale fattore come secondario.

1) *Azione dinamica.* — Il polmone — mentre normalmente trovasi in uno stato di continua antitesi fisiologica con la parete, che si oppone alla sua tendenza centripeta — dopo la frenicoexeresi sarà libero di esplicare la sua azione, almeno per quanto riguarda il tratto diaframmatico della parete dell'emitorace. Permane invece il contrasto tra polmone e parete costale derivandone una depressione pleurica, che se lo spazio pleurico fosse reale si applicherebbe sulle parti più cedevoli, e nel nostro caso, sul diaframma paralizzato, ma siccome vi è coesione dei foglietti pleurici si applica sul polmone. Ne consegue che l'abolizione del trauma respiratorio dovuta alla paralisi del diaframma, farà risentire i suoi effetti sopratutto sulla linea d'azione del diaframma stesso, e cioè sulla dominante verticale inferiore, e « con un'azione indiretta, ma di possibile efficienza » sulla dominante verticale superiore (Monaldi). La frenicoexeresi diviene così l'intervento di elezione per le lesioni che cadono sulle due dominanti verticali, purchè non siano così estese da subire la ripercussione di movimenti agenti secondo altre direzioni, perchè allora le lesioni tenderebbero a spostarsi o deformarsi, piuttosto che a regredire. Altra condizione favorevole è che la resistenza alla distensione a livello delle lesioni sia superiore a quella offerta dal diaframma. In questo caso difatti la detensione endopleurica attrae il diaframma (realizzandosi così il fenomeno del Kiemböch) ma non arriva a distendere eccessivamente il polmone, conseguendone in definitiva un risparmio funzionale di quest'ultimo. L'effetto dinamico dunque della frenicoexeresi si compendia nella abolizione del trauma che il più potente muscolo della respirazione ribatte sul polmo-

ne (Morelli), e nella costituzione di un velario di compenso, formato dal diaframma paralizzato, che sollecitato dalla detensione endopleurica, risale ad ogni inspirazione, risparmiando la distensione del polmone corrispondente.

2) *Azione statica.* — L'elasticità polmonare può rimanere cimentata in toto in grado minore per la riduzione di volume del cavo emitoracico, conseguente al sollevamento del diaframma.

Quali lesioni potranno beneficiare della frenicoexeresi? Sono state studiate a questo riguardo sopratutto la sede, l'estensione, la qualità delle lesioni.

1) Per la sede, mentre prima si era affermato che la frenicoexeresi fosse efficace soltanto nelle lesioni basilari, si è visto poi che agisce anche sulle lesioni apicali, anzi in queste ultime con effetti migliori che nelle basali (Ascoli, Paolucci, Zannelli, ecc.). Wolf (riportato da Ascoli) spiega questo fatto ammettendo che nelle lesioni cavitarie apicali il drenaggio sia più facile, e minore sia il trauma respiratorio sostenuto dalle pareti della caverna. I migliori risultati si avranno nelle lesioni situate in posizione mediana lungo la linea di azione delle dominanti verticali superiore ed inferiore. L'intervento però deve essere tentato anche quando i territori lesi si trovino in altra sede, dato che l'effetto statico e staticodinamico della paralisi diaframmatica si fa risentire sul polmone in toto.

3) *Estensione delle lesioni.* — L'indicazione ideale è data dalle lesioni uniche, limitate, circoscritte da parenchima che conservi inalterata o quasi la sua elasticità. Quando le lesioni sono molto estese, si riducono progressivamente le probabilità di guarigione, sia perchè diminuiscono la capacità retrattile del polmone, sia perchè le lesioni stesse risentono più facilmente le azioni delle altre dominanti, dimodochè migrano o si deformano, piuttosto che volgere a guarigione. Altro inconveniente lamentato per le caverne molto grandi ed a pareti spesse, è che mentre la frenicoexeresi non riduce il volume della caverna, ne provoca facilmente il ristagno della secrezione, con trasformazione putrida di essa.

È evidente che se le lesioni sono unilaterali, maggiori saranno le probabilità di successo; ma l'intervento si attua anche nelle forme bilaterali, dal lato in cui le lesioni sono prevalenti, purchè controlateralmente le lesioni non siano molto estese e non siano attive. Insomma quando tutt'e due i polmoni sono invasi dal processo tubercolare, è bene procedere con più cautela nell'indicazione dell'intervento, cercando di valutare quali saranno, a diaframma paralizzato, le nuove condizioni anatomofunzionali polmonari, e tenendo conto delle condizioni cardiache, della capacità funzionale dell'apparato respiratorio, della eventuale esistenza di complicazioni (Laringee, ecc.) della estensione e dalla attività delle lesioni controlaterali. L'intervento diventa inutile o dannoso, se una volta praticato, non si potrà combattere l'attività delle lesioni dell'altro polmone, con un pnt. o una frenicoexeresi controlaterale (vedi casi di Curti, Zannelli, ecc.).

4) *Qualità delle lesioni.* — Si può dire generale l'accordo su tale questione. Poichè la frenicoexeresi favorisce, ma non crea la sclerosi, che è indice della guarigione del processo tubercolare, è evidente che si avvantaggeranno di tale intervento sopratutto le forme a tendenza fibrosa-sclerosante. Risultati scarsi o addirittura nulli si avranno negli altri tipi di lesioni. Nelle forme acute in genere (pneumonite caseosa massiva, broncopneumonite miliare, ecc.) anche se monolaterali, secondo la maggioranza degli autori, l'intervento è controindicato perchè oltre a non essere efficace, può acutizzare ancora di più il processo.

Oltre che la frenicoexeresi semplice, viene praticata anche la frenicoexeresi associata ad altri interventi e principalmente al pnt. terapeutico. L'associazione è indicata:

1) nei casi di pnt. incompleto per diffuse aderenze pneumodiaframmatiche, con lesioni infiltrative od ulcerative parailari o basilari (Redaelli). È proprio in questi casi che si nota spesso il pnt. a scivolo (Omodei-Zorini) così denominato per la configurazione della bolla pneumotoracica, che viene ad essere delimitata medialmente da una curva degradante in basso verso la parete costale. Ma anche in assenza di aderenze diaframmatiche il pnt., nelle lesioni parailari e basilari, riesce spesso inefficiente: nelle caverne parailari, perchè queste corrispondendo all'apice del lobo inferiore, sono fissate (data la superficialità della loro sede) da precoci aderenze in una specie di angolo morto: le docce paravertebrali, dove il pnt. quasi abitualmente non arriva a determinare il collasso (Lenti). Nelle lesioni basilari perchè è difficile che il gas pneumotoracico, anche se non vi sono aderenze, vada ad interporsi tra la base polmonare ed il diaframma (Monaldi) e ciò per le virtuali differenze tensive tra apice e base. Difatti se la depressione pleurica dinamica è legata alle differenze di spostamento inspiratorio ed espi-

ratorio tra polmone e parete, nella regione dell'apice in cui la distensione inspiratoria del polmone è scarsa, la depressione pleurica virtualmente sarà più alta che non alla base: il gas sarà richiamato verso l'apice. Lo stesso fatto si ripete nella espirazione dato che la retrazione espiratoria della base è uguale o superiore alla distensione inspiratoria. In queste condizioni, associando al pnt. la frenicoexeresi, per l'abolizione della forza traente diaframmatica, il polmone accentua qui più che altrove il proprio potere retrattile, richiamando il gas verso la base in modo da costituirsi spesso un pnt. elettivo basilare. Pnt. e frenicoexeresi si integrano, neutralizzando il primo l'azione delle forze costali per l'interposizione di gas tra parete e polmone; abolendo, la seconda, la dominante verticale inferiore.

2) La frenicoexeresi è indicata pure nei casi di pnt. con aderenze diaframmatiche a fimbria trasmettente i movimenti diaframmatici al polmone.

3) Nel pnt. a corda (Omodei-Zorini) così denominato dall'autore in quanto essendo la camera d'aria situata lateralmente a tutta altezza, ma limitata medialmente da aderenze apicali e diaframmatiche, il polmone viene a trovarsi come « una corda tesa compressa verso il mediastino e fissata alle due estremità di cui una è mobile ». In queste condizioni la distensione inspiratoria avverrà sopratutto nel senso verticale, risultandone un trauma sulle lesioni apicali, subapicali, ed anche del lobo superiore; ed il collasso determinerà delle condizioni meccaniche opposte a quelle che cerchiamo di ottenere col pnt.; in quanto, mentre dovrebbe aversi una riduzione delle tensioni interne del polmone, si avrà una tensione polmonare aumentata a livello della lesione. « Con la frenicoexeresi eliminando il movimento diaframmatico ed accorciandosi la distanza tra le due estremità, si viene non solo ad abolire il trauma dinamico, ma a detendere il parenchima e quindi anche l'apice ».

4) Nell'abbandono del pnt. quando si verificano ipoespansibilità del polmone e spostamento omolaterale del mediastino, l'associazione della frenicoexeresi può essere di grande giovamento, perchè riduce la capienza dell'emitorace, diminuisce i valori della depressione statica e dinamica endopleurica, la quale invece di ribattersi sul mediastino, troverà un compenso nel risollevamento e nel movimento paradosso del diaframma paralizzato.

5) Nei casi di pleurite sinfisaria precoce, che costringa ad interrompere la cura pneumotoracica.

In definitiva la frenicoexeresi in corso di pnt. agisce: staticamente per la riduzione della capienza dell'emitorace, dinamicamente per l'abolizione della forza traente diaframmatica; abolizione che porta:

a) ad una più facile retrazione polmonare, a volte con completo scollamento delle regioni inferiori del polmone, in modo da costituirsi un pnt. basilare elettivo;

b) ad una riduzione delle oscillazioni della pressione endopleurica nelle due fasi respiratorie, con valori assoluti tendenti ad avvicinarsi allo zero;

c) alla diminuzione delle modificazioni di pressione nell'intervallo tra i rifornimenti, alla possibilità di distanziare questi maggiormente.

È per queste ragioni che la frenicoexeresi è stata indicata anche nelle pleuriti parapneumotoraciche (Bottari, Monaldi, Redaelli ecc.), e con risultati spesso buoni: ricostituzione più lenta del liquido, ed in oltre la metà dei casi (secondo Bottari) completa regressione del versamento, dopo un periodo da uno a cinque mesi, pur persistendo il pnt. Bottari ha notato con una certa frequenza decorso favorevole anche negli empiemi chiusi, monobacillari, ad andamento cronico.

RISULTATI.

Sulla valutazione degli effetti immediati ed a distanza della frenicoexeresi, non si trova uniformità di vedute tra i vari autori. Da quelli che vorrebbero abolire tale intervento perchè dopo un certo tempo i risultati si possono considerare nulli, si passa agli Autori tanto entusiasti della frenicoexeresi da preferirla al pnt., o da volerla sistematicamente associata a questo. Forse la discordanza in gran parte è dovuta al differente materiale clinico su cui ciascun autore ha fatto le proprie osservazioni, ed anche alla diversa distanza di tempo dall'intervento, in cui le osservazioni stesse sono state fatte.

Secondo Bérard (riportato da Redaelli) i risultati sono i seguenti: nel 25 % guarigione di lesioni anche ulcerative; nel 50 % miglioramento; nel 20 % risultati nulli; nel 5 % risultati dannosi. Redaelli ha avuto risultati analoghi.

Bani in oltre mille casi ha avuto una percentuale altissima di miglioramenti e guarigioni cliniche.

Ronzoni ha avuto risultati immediati buoni nel 15 % dei casi; a quattro anni di distanza i risultati si mantenevano buoni solo nel 26-28 %; a sei anni nel 15-17 %.

DIAGNOSI	N. casi	Guarigione clinica		Migliorati		Stazionari		Peggiorati		Decessi	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Ulcerofibrosi monolaterale	13	4	30.77	4	30.77	4	30.77	1	7.69	—	—
Ulcero-fibrosi diffusa ad un polmone con lesioni inattive controlaterali del 3° superiore	24	5	20.83	12	50	4	16.67	2	8.33	1	4.17
Ulcerofibrosi bilat. diffusa con preval. da un lato	15	—	—	3	20	3	20	8	53.33	1	6.67
Tbc. essudativa monolaterale, escavazione in *CL*	3	—	—	2	66.67	—	—	—	—	1	33.33
Fibrotorace cav.; lesioni controlat. inattive . .	8	—	—	1	12.50	3	37.50	4	50	—	—
Frenicoexeresi associata o successiva a pnt. inefficiente	14	6	44.44	4	27.27	2	16.66	—	—	2	11.12
Frenicoexeresi associata a pnt. in abbandono complicato da versam. puruloide	4	2	—	4	—	1	—	—	—	—	—
Frenicoexeresi e pnt. controlaterale	5	1	20	—	—	2	40	2	40	—	—
Totali:	86	18	20.93	27	31.39	19	22	17	19.76	5	5.81

Oekonomopulo su 125 casi operati ha avuto 32 % di guarigioni, e 26,4 % di miglioramenti.

Swonnikow e Freidowitch su 90 casi hanno riscontrato scomparsa della caverna e del bacillo di Koch nel 34,7 %.

Agueci su 100 frenicectomizzati ha avuto i seguenti risultati: migliorati 58, in un periodo di osservazioni variabile da 2 mesi a 4 anni dopo l'intervento; stazionari 13 da un minimo di tre mesi ad un massimo di quattro anni dopo l'intervento; peggiorati 6 da cinque mesi a tre anni dopo l'intervento; morti 23 da un minimo di dieci giorni a tre anni dopo l'intervento.

Carpi (riportato da Redaelli) a dieci anni di distanza dall'intervento ha riscontrato consolidate condizioni di guarigioni solo nel 9 % dei casi.

Zanelli a due anni di distanza ha notato su 100 casi operati. la guarigione clinica nel 11,70 %, e miglioramento nel 21,70 %.

Paolucci « pur non escludendo in via assoluta che la frenicoexeresi possa in fortunatissime circostanze, condurre ad una guarigione clinica » ritiene che « la paralisi del diaframma possa solo migliorare, anche profondamente, le condizioni generali e locali, imprimendo al processo tubercolare una evoluzione molto più benigna ».

Dopo aver accennato alle statistiche di alcuni AA. espongo i risultati da me riscontrati su ottantasei ammalati, di cui alcuni, fatti operare per indicazione poste in questo Sanatorio, sono stati seguiti clinico-radiologicamente dall'immediato periodo post-operatorio fino alla dimissione ed oltre, quando è stato possibile averne notizia dai medici curanti; altri invece sono stati studiati ad una certa distanza dall'intervento, perchè operati di frenicoexeresi in altre Case di cura, sono stati poi ricoverati in questo Sanatorio per ripresa evolutiva del processo o per altre ragioni. Lo studio di questa ultima categoria di casi (numero ventidue) mi è sembrato utilissimo per il raffronto tra le condizioni attuali, e quelle dell'immediato periodo pre-operatorio, stabilite grazie alle notizie gentilmente fornitemi dai colleghi che allora li avevano in cura. Ho inquadrato tutti i casi in tanti gruppi quanti erano i tipi di lesioni, tenendo conto nella classificazione, anche di altri interventi collassoterapici praticati precedentemente alla frenicoexeresi, o associati ad essa (vedi Tabella).

Sono in totale 23 casi di frenicoexeresi associata o successiva a pnt. dello stesso lato o controlaterale, e 63 di frenicoexeresi semplice, in gran parte (52 casi) attuata per lesioni ulcerofibrose monolaterali, o bilaterali con lesioni attive da un lato e lesioni inattive e limitate dall'altro lato. In questi due gruppi (1° e 2° della tabella) i risultati sono stati pressochè analoghi e perciò vengono considerati assieme.

I nove casi di guarigione si riferiscono ad ammalati che, prima dell'intervento, presentavano quasi tutti caverna all'apice o nella regione sottoclaveare, situata in posizione mediana, eccetto in un caso nel quale la cavità

appariva radiologicamente indovata al terzo esterno del campo polmonare.

Descrivo a titolo di esempio tre casi:

CASO I. — M. Raffaele di anni 27. Entra in Sanatorio il 12 giugno 1936; ha fatto precedentemente in altro Sanatorio cura di pnt. D. dal 1930 al 1933. Nel 1935 fu nuovamente ricoverato per disseminazione a sinistra, e trattato con pnt. sinistro che si dovette abbandonare per inefficienza. All'ingresso presenta: A destra fibrosi dell'apice e sottapice; a sinistra caverna occupante il terzo medio della sottoclaveare; nessuna traccia di pnt. (fig. 1). Dopo di avere tentata l'istituzione di pnt., viene operato di frenicoexeresi s. il 12 gennaio 1937. Pochi giorni dopo comincia il miglioramento delle condizioni generali e polmonari, fino ad arrivare alla scomparsa completa del reperto obbiettivo di caverna. L'espettorato diviene negativo e si mantiene tale nei mesi successivi. All'esame radiologico praticato nell'aprile 1937, la cavità non è più visibile (fig. 2).

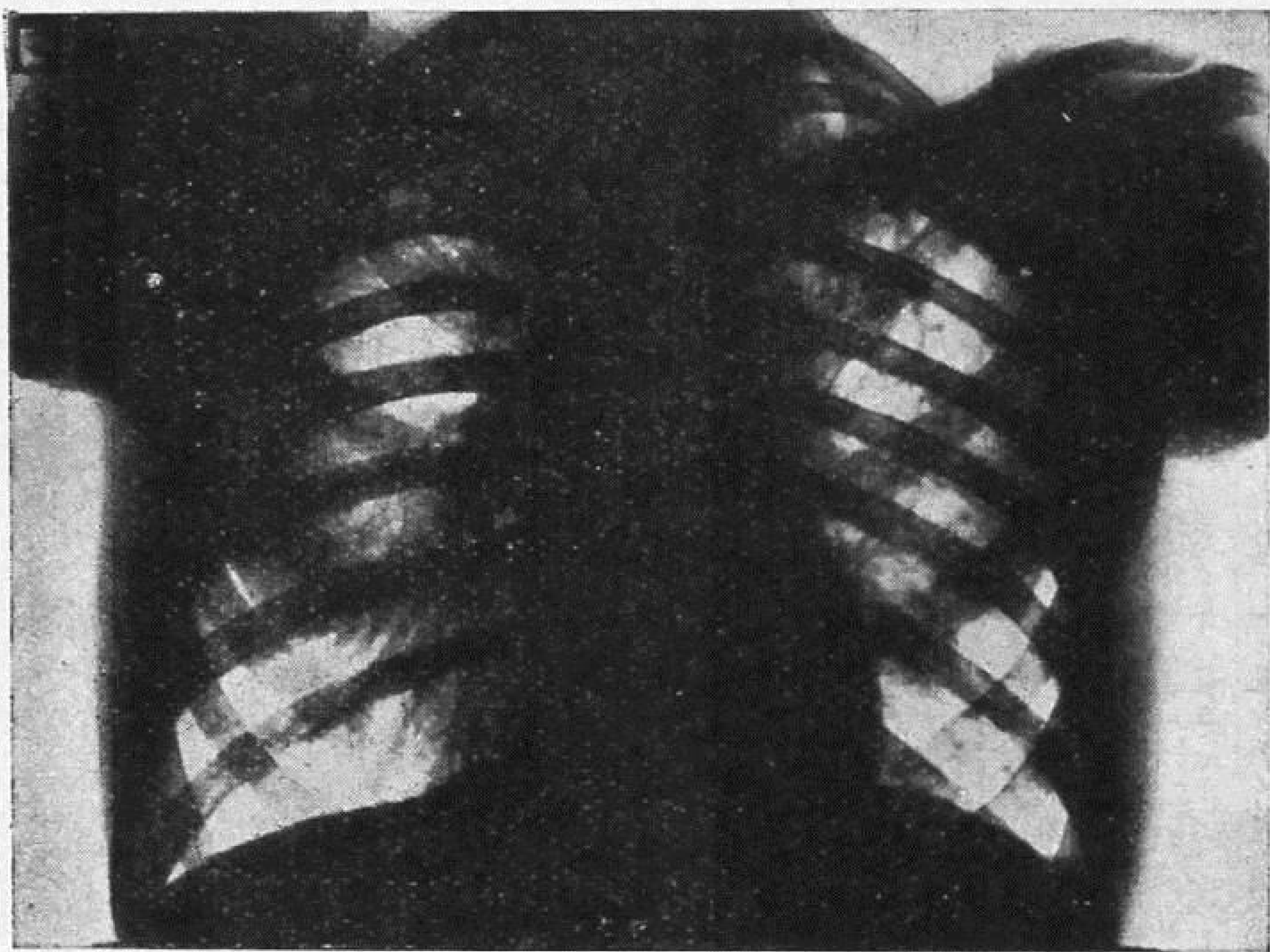


FIG. 1.

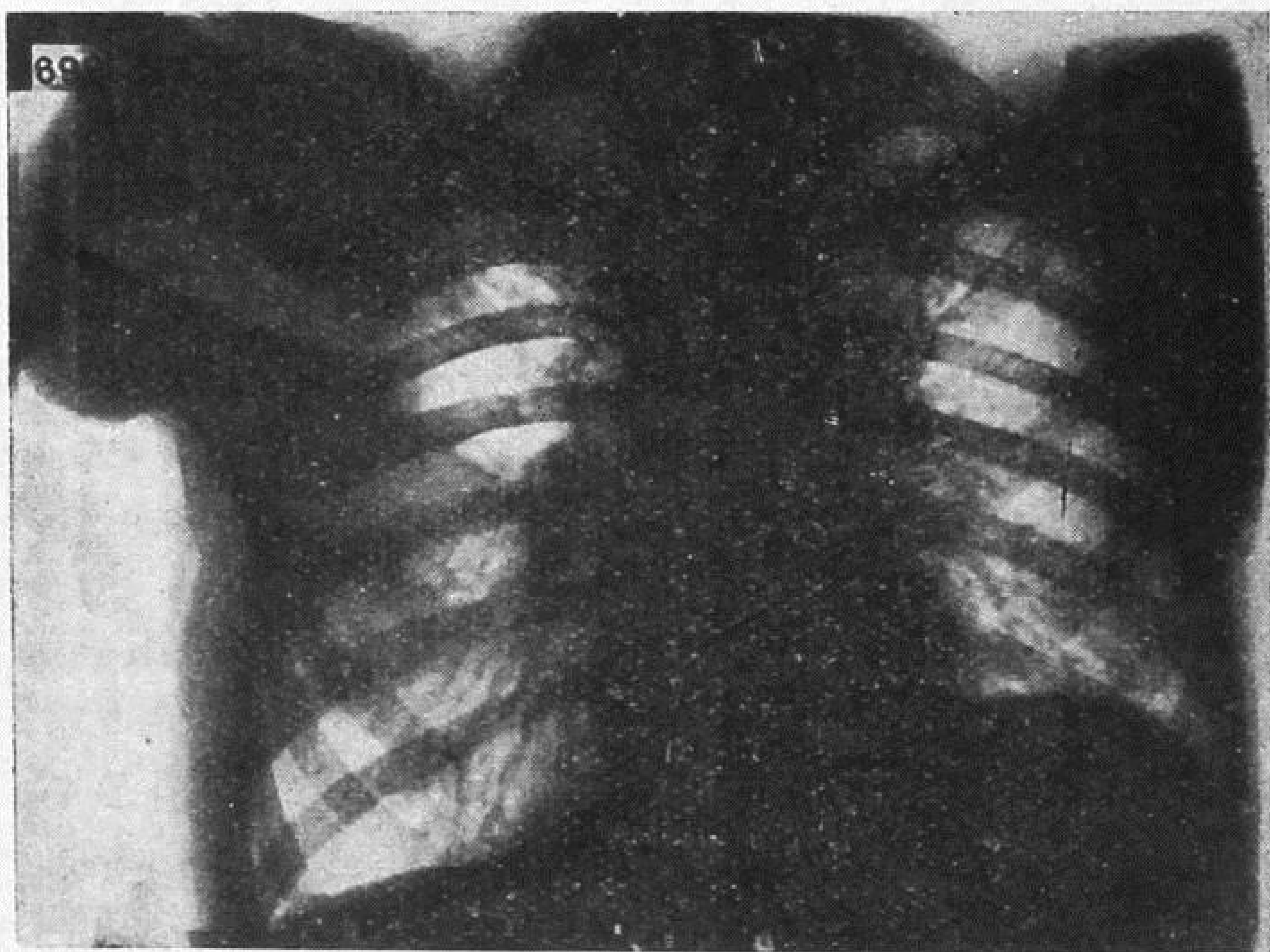


FIG. 2.

CASO II. — F. Antonino di anni 35. Entra in Sanatorio il 3 novembre 1935. Diagnosi clinico-radiologica all'ingresso « tbc. polmonare del lobo superiore D. con caverna apicale » (fig. 3). Espettorato Kock +. Il 7 novembre 1935 viene istituito pnt. D. che viene abbandonato il 29 luglio 1936 per sinfisi pleurica. Operato di frenicoexeresi D. il 5 ottobre 1936 viene dimesso per guarigione clinica il 20 marzo 1937 essendo scomparsi tutti i segni obbiettivi e subbiettivi di malattia in atto (fig. 4).

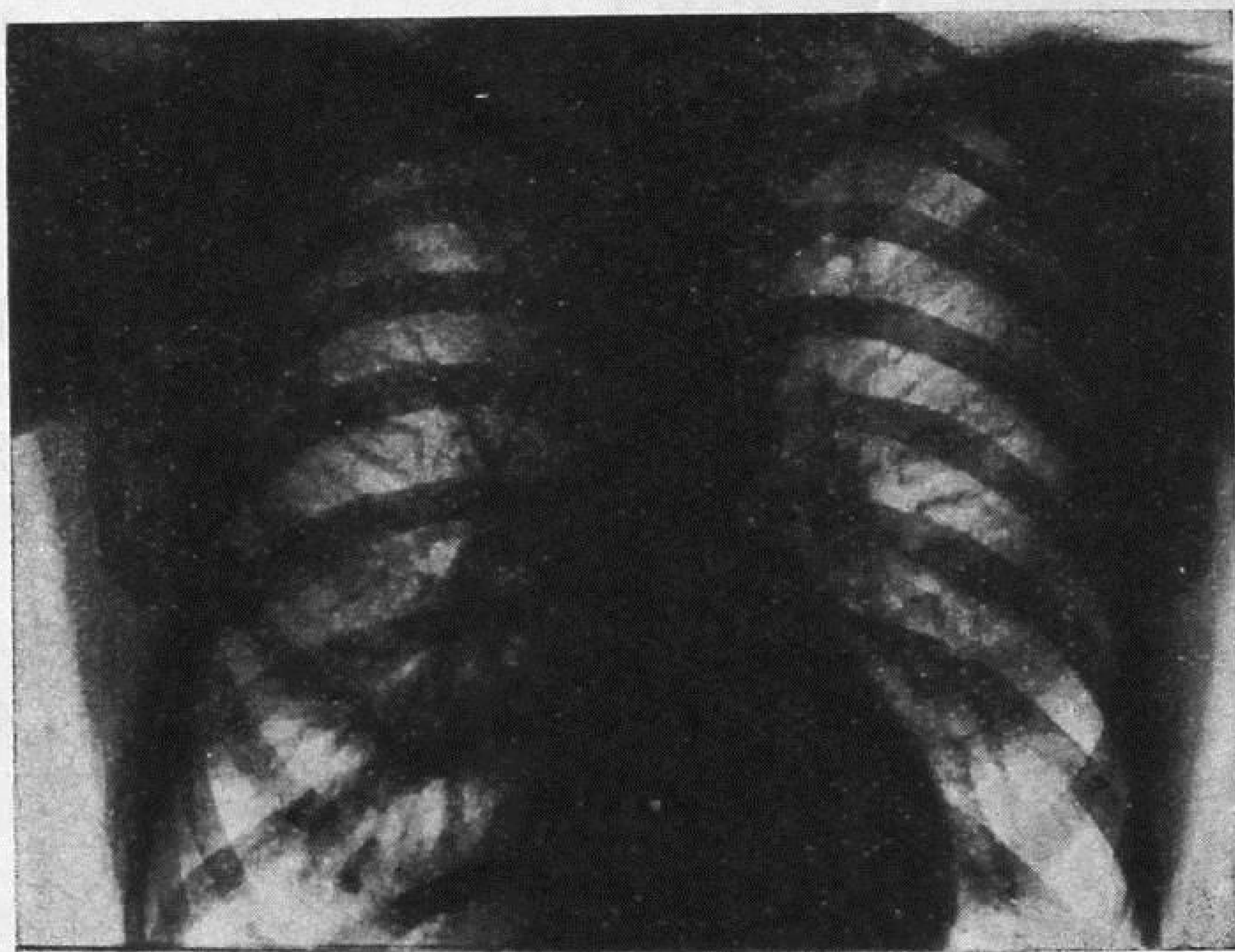


FIG. 3.

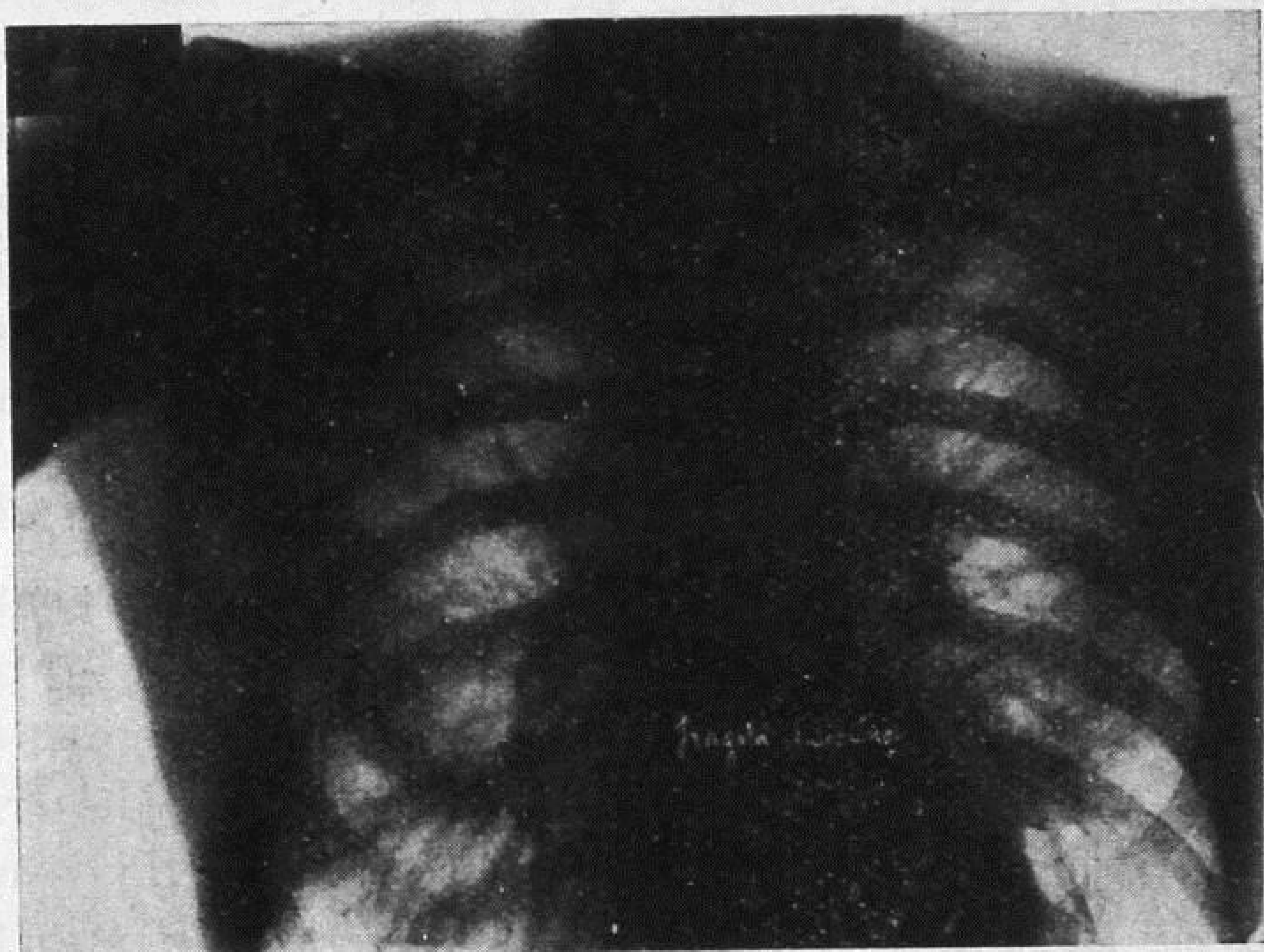


FIG. 4.

CASO III. — R. Giuseppe di anni 24. Entra in Sanatorio il 3 novembre 1937. All'esame radiologico praticato all'ingresso presenta focolai produttivi al lobo superiore D., grossa caverna al terzo

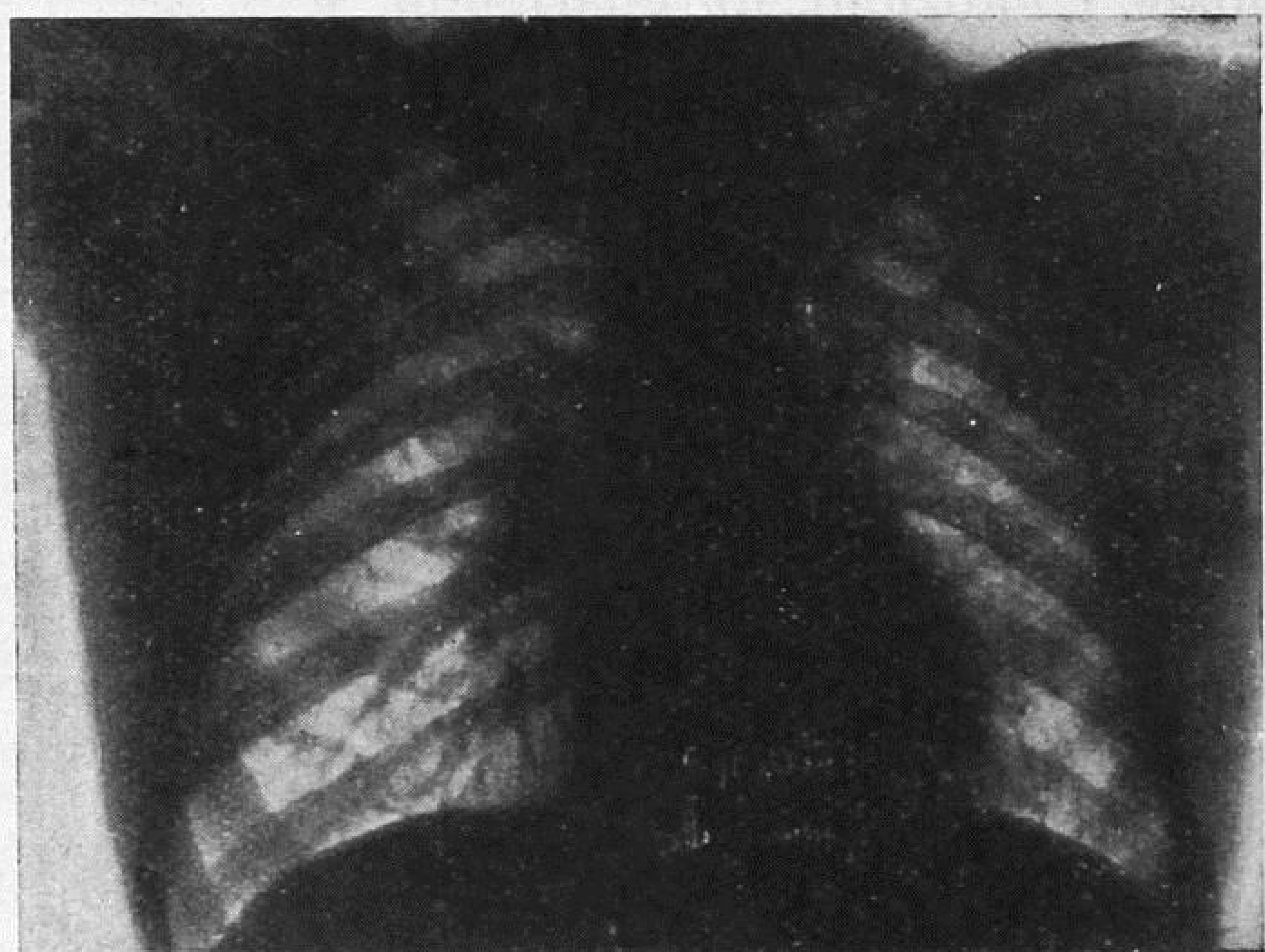


FIG. 5.

medio della sottoclaveare S. (fig. 5). Viene tentato ripetutamente il pnt. a S. senza alcun risultato. Il 27 novembre 1937 è operato di frenicoexeresi S., in seguito alla quale si assiste a miglioramento rapido locale e generale. Dopo due mesi la caverna non è più visibile radiologicamente.

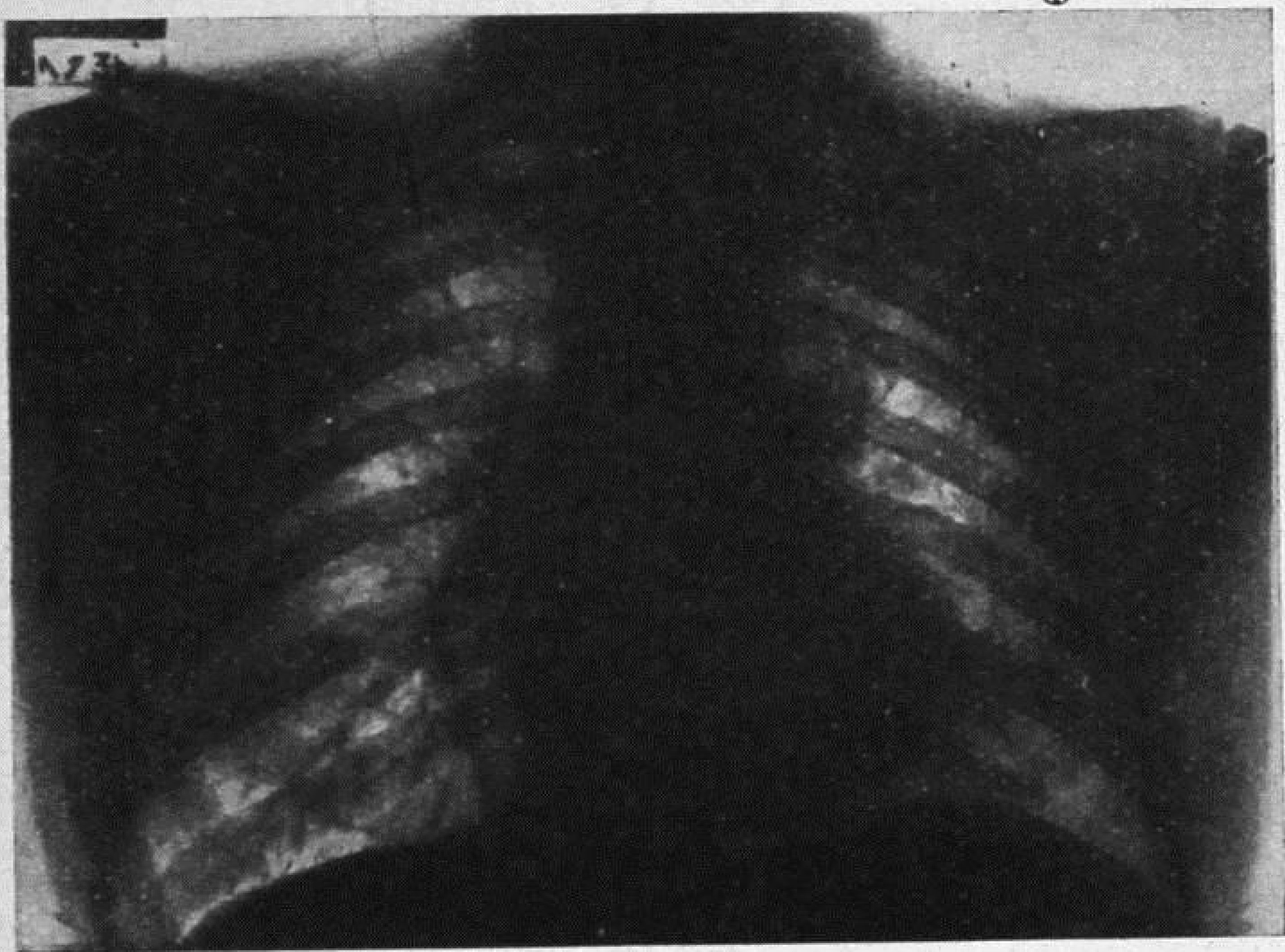


FIG. 6.

le. Si tiene in osservazione fino ai primi di Giugno del 1938, epoca in cui viene dimesso, in seguito ad altro esame radiologico, che dimostra la scomparsa della caverna e la guarigione per fibrosi dei focolai controlaterali (fig. 6).

È doveroso notare però che in altri sette casi (degli stessi gruppi considerati) in cui l'indicazione sembrava ugualmente netta, non si sono avuti effetti così buoni, nè i risultati sono cambiati a distanza di tempo; precisamente di questi sette ammalati tre non hanno beneficiato affatto dell'intervento, quattro invece sono migliorati (impicciolimento delle lesioni cavitarie, aumento di peso, diminuzione dei sintomi obbiettivi e subbiettivi, espettorato diventato negativo, o con alternative di positività e di negatività). Di ciò non si riesce a dare alcuna spiegazione, perchè in tutti i casi sembrava potersi prevedere un ottimo risultato, essendo le lesioni apparentemente della stessa estensione, della stessa età, e dello stesso tipo.

Continuando la disamina dei primi due gruppi, nei ventiquattro casi in cui le lesioni sono migliorate o rimaste stazionarie, trattavasi, ad eccezione dei sette casi suddescritti, e di tre casi con lesioni limitate alla parailare, di lesioni diffuse a tutto un lato, con polmone controlaterale clinicamente sano, o con lesioni inattive e limitate al terzo superiore.

Una considerazione a parte meritano le forme diffuse bilaterali ma con prevalenza da un lato (gruppo terzo della tabella). Ad un primo esame sembrerebbe inutile in questi casi tentare la frenicoexeresi, perchè non si notano guarigioni, ed i miglioramenti riscontrati sono piuttosto scarsi rispetto al numero totale. Quando si pensa però che trattasi di forme per le quali non è stato possibile istituire il pnt. per sinfisi pleurica, nè è possibile tentare una plastica dal lato delle lesioni prevalenti, per l'estensione delle lesioni controlaterali, la frenicoexeresi appare come l'unica risorsa terapeutica, che se non porterà a guarigione l'ammalato avrà per lo meno il grandissimo vantaggio di diminuire tutti i disturbi del paziente, dalla tosse all'espettorato, alla febbre, all'emottisi che rappresenta spesso l'episodio terminale di questi infelici. In un caso che è tuttora degente in Sanatorio, la frenico-exeresi è stata eseguita sette anni fa, e pur rimanendo le lesioni perfettamente invariate dall'intervento, solo ora il paziente ha cominciato ad accusare una accentuazione dei suoi disturbi, mentre prima ha potuto lasciare (di propria volontà) il Sanatorio varie volte, e stare fuori anche a lungo, svolgendo una certa attività. Quindi se non può parlarsi di frenicoexeresi terapeutica vera e propria, si può però dire che l'intervento agisca sintomaticamente in modo spesso veramente eccellente, rendendo anche molto più lento e meno maligno il decorso della malattia.

Nei fibrotoraci (gruppo 4°) i risultati non sono stati molto buoni, si è notato difatti un solo miglioramento, mentre negli altri sette casi le lesioni sono rimaste invariate o peggiorate. Sembra potersi concludere che in questi casi, quando è attuabile una toracoplastica, è meglio non perdere tempo perchè con l'attesa mentre non c'è da sperare in benefici di qualche importanza, si rischia di arrivare troppo tardi per arrestare la malattia.

Per quanto riguarda le forme essudative, l'esperienza è troppo limitata (tre casi) per poterne dedurre delle conclusioni.

I migliori risultati si sono avuti nella frenicoexeresi associata o successiva al pnt. (gruppi 6° e 7°). Su 18 casi esaminati di cui 4 con versamento puruloide resistente a tutte le cure, si sono avuti otto guarigioni e cinque miglioramenti. Meno buoni sono stati i risultati nelle forme bilaterali trattate con frenicoexeresi e pnt. controlaterale (gruppo 8°).

Un appunto che si fa molto spesso alla frenicoexeresi è la labilità dei risultati ottenuti con tale intervento. Purtroppo è un'osservazione che si può fare anche per gli altri metodi di cura, in maggiore o minore misura, e Reale molto opportunamente ha richiamato l'attenzione sulla importanza della sorveglianza post-sanatoriale dei dimessi, dimostrando come una tempestiva diagnosi della ripresa evolutiva del processo ed un tempestivo ricovero, mutino radicalmente il giudizio progno-

stico. L'A. ha sottoposto a visite periodiche clinicoradiologiche 325 dimessi, riammettendone in Sanatorio 45; di questi il 76 % fu riconosciuto recuperabile. Di 50 ammalati invece riammessi in Sanatorio a loro domanda, furono riconosciuti recuperablii solo il 24 %. Questo solo elemento dunque basta già per cambiare completamente la prognosi; senza pensare poi a tutti gli altri fattori che incidono più o meno sul risultato definitivo della cura: alimentazione, qualità e quantità di lavoro, igiene della casa, sistema di vita ecc. Parrebbe doversi concludere che la natura delle lesioni ed il metodo terapeutico seguito, non sono che due fattori, per quanto importantissimi, del vasto e complesso problema del trattamento e degli esiti della tubercolosi polmonare.

Pur facendo queste riserve bisogna riconoscere che la frenicoexeresi può portare a guarigione, e che questa guarigione si mantiene stabile, in un certo numero di casi, anche a lunga distanza di tempo. Alcuni AA. hanno pubblicato delle statistiche riferentisi ad ammalati operati dieci anni prima, di cui una parte erano perfettamente guariti. Nella tabella sottostante sono considerati i miei casi in rapporto alla distanza dall'intervento, e nell'ultimo gruppo figurano cinque ammalati operati da 4 a 7 anni prima, di cui uno è stabilmente guarito. Ora se dubbi possono sussistere per guarigioni cliniche constatate dopo pochi mesi dall'intervento, non altrettanto può dirsi per le guarigioni che permangono tali dopo dieci anni.

Ho studiato anche gli effetti della frenicoexeresi in rapporto al sollevamento diaframmatico, ed ho notato che questo era assente in sei casi, scarso in 23 casi, di media entità in 42, accentuato in 15 casi. Il maggior numero di risultati buoni (miglioramenti e guarigioni) l'ho riscontrato negli ultimi due gruppi, senza però potere stabilire un rapporto diretto tra effetto dell'intervento, e sollevamento diaframmatico, in quanto ho riscontrato la guarigione anche in due ammalati in cui questo era del tutto assente.

Tempo intercorso tra la frenicoexeresi e l'ultima osservazione	N. dei casi	Guarigioni cliniche	Migliorati	Stazionari	Peggiorati	Decessi
da 1 a 6 mesi	19	6	7	3	2	1
da 7 a 12 »	26	5	6	2	5	2
da 13 a 18 »	17	1	7	2	6	1
da 19 a 24 »	6	2	1	3	—	—
da 2 a 3 anni	7	—	2	1	3	1
da 3 a 4 »	6	3	1	2	—	—
da 4 a 7 »	5	1	3	—	1	—
Totali . . .	86	18	27	19	17	5

CONCLUSIONI.

1) Su ottantasei ammalati operati di frenicoexeresi si sono avuti i seguenti risultati: guariti 18 (20,93 %); migliorati 27 (31,39 %); stazionari 19 (22 %); peggiorati 17 (19,76 %); deceduti 5 (5,81 %). L'osservazione dei risultati è stata fatta da un minimo di un mese ad massimo di sette anni dopo l'intervento.

2) Hanno beneficiato della frenicoexeresi sopratutto le lesioni a tendenza fibrosa-retrattile, circoscritte al lobo superiore; anche se controlateralmente vi erano delle lesioni, purchè limitate ed inattive.

3) Scarsi risultati si sono riscontrati nelle lesioni diffuse, anche se monolaterali, e nelle lesioni della regione parailare.

4) Nelle forme bilaterali diffuse (tanto da controindicare altri interventi operatori, ma da permettere la frenicoexeresi) si sono avuti soltanto dei vantaggi importanti dal punto di vista sintomatico, ma senza che in nessun momento si potesse sperare nella guarigione.

5) Nei fibrotoraci non si sono avuti quasi mai risultati apprezzabili.

6) I migliori risultati si sono avuti con la frenicoexeresi associata o successiva a pnt., raggiungendo una forte percentuale di guarigioni e di miglioramenti.

Le conclusioni suddette non hanno un valore assoluto, ma rappresentano soltanto le deduzioni ricavate dai casi osservati, il cui numero è troppo scarso per permettere delle conclusioni definitive.

RIASSUNTO.

L'A. dopo di avere parlato del meccanismo di azione e delle indicazioni della frenicoexeresi, fa alcune considerazioni su ottantasei casi osservati, descrivendone i risultati.

BIBLIOGRAFIA.

AGUECI A. Patologia e Clinica della tubercolosi, pag. 401, 1936.
ASCOLI MANFREDO. Le forze Sanitarie, n. 13, 1932.
BANI U. Lotta contro la tubercolosi, pag. 87, 1936.
BOTTARI. Atti V Congresso Naz. per la lotta contro la tbc. pag. 416.
GRAPPA. Lotta contro la tubercolosi, pag. 789, 1937.
ISNARDI. Patologia e clinica della tubercolosi, pag. 111, 1935.
LENTI. Lotta contro la tubercolosi, pag. 93, 1936.
LUZZATTO-FEGIZ. Patologia e clinica della tubercolosi, agosto, 1934.
MONACO. Le forze Sanitarie, n. 35-36, 1934.
MONALDI. *Fisiopatologia dell'apparato respiratorio nella tubercolosi polmonare.*
MORELLI. Lotta contro la tubercolosi, settembre 1933.
PAOLUCCI. *La terapia chirurgica della tubercolosi polmonare.*
REALE. Difesa Sociale, marzo, 1938.
REDAELLI. *La tisiologia nella pratica medica.*
ID. Lotta contro la tubercolosi, pag. 788, 1937.
RONZONI. Ibid. pag. 787, 1937.
ZANNELLI. Patologia e clinica della tubercolosi, pagina 658, 1935.
ID. Lotta contro la tubercolosi, pag. 362, 1936

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE « FELICE LOTTI » - PONTEDERA.

Sul falso strozzamento erniario crurale.

Prof. LUIGI TORCHIANA, dirett., chir. primario.

La diagnosi dell'ernia crurale strozzata in generale è facile. Sono tuttavia noti nella letteratura casi riguardanti lesioni del tutto differenti e così vicine a questa nella sintomatologia, da consigliare al chirurgo l'intervento. Nulla di male del resto in una misura del genere, giacchè un intervento adattato al caso non ha si può dire conseguenze dannose per il malato, quanto il rovescio della medaglia, di trattare ad es. come adenite un ernia veramente strozzata.

E precisamente l'adenite del ganglio di Cloquet rappresenta, nella pratica, si può dire la più frequente causa di errore. Il vomito sopratutto biliare, la soppressione incompleta dei gas, il dolore locale ecc., mettono a prova il senso di responsabilità del Chirurgo, il quale ad una attesa, non del tutto giustificata, preferisce l'intervento che, comunque, è sempre indicato anche perchè libera il ganglio dallo strozzamento che subisce e fa cessare gli accidenti che provoca (Tillaux).

**

Altre cause di errore possono essere dovute a trombizzazione di gozzo varicoso in tutta vicinanza dello sbocco della safena con periflebite, (Brea e Robiani), fatti infiammatori interessanti un lipoma preerniario o stati peritonitici sacculari, dovuti a flogosi di origine appendicolare (Ibos e Legrand, Violato, Preto). Sintomatologia sospetta possono anche produrla lesioni infiammatorie perisacculari o strozzamenti attraverso il canale crurale degli involucri dell'ernia, massime quando si tratta di masse lipomatose, sclerotiche o piuttosto vascolarizzate. Avendo avuto occasione di recente di studiare e operare una di queste rarissime evenienze, credo opportuno, per l'interesse che presenta, riportare l'osservazione:

Essa riguarda una donna, tale Perelli Ida di anni 38, da Chianni, entrata in Ospedale il 26 aprile 1938. Narra la paziente che, senza precedenti anamnestici personali degni di nota e senza essersi mai accorta di portare tumefazioni nelle regioni inguinali o crurali, fu colpita circa otto giorni prima dello ingresso in Ospedale, mentre attendeva ai lavori dei campi, da un dolore trafittivo nella regione crurale di sinistra, dapprima di modica intensità poi più vivo, ma non tale da impedirle di continuare il lavoro.

Portata l'osservazione sulla regione dolorante, potè palpare una tumefazione del volume di una nocciola, dolorabile, di consistenza piuttosto dura. Spaventata tornò coi propri mezzi a casa e si mise a letto: il dolore si estese al ventre specie verso la regione iliaca di sinistra e si presentarono conati di vomito. L'alvo e la minzione si mantennero normali.

Le furono praticati impacchi caldi, ma senza beneficio, tanto che il dolore, la dolorabilità e i conati di vomito continuarono pressochè invariati nei giorni susseguenti, quando, due giorni prima dell'ingresso in Ospedale, il dolore andò aumentando di intensità e la tumefazione si fece più voluminosa e consistente. La temperatura del tutto assente nei giorni precedenti, si portò sui 37°,5, il giorno prima dell'ingresso in Ospedale. Un sanitario, che visitò la donna a domicilio, rimase incerto fra un ernia crurale strozzata ed una adenite acuta ed inviò la donna in Ospedale per i provvedimenti del caso. Da segnalare che 3 fratelli della paziente, attualmente viventi e sani, sono stati tutti e tre portatori di ernia inguinale e operati d'urgenza in seguito a strozzamento. La paziente sposata all'età di 20 anni, con un uomo sano ha avuto quattro figli viventi, che stanno bene, nessun aborto.

Al momento dell'ingresso in Ospedale la paziente si presenta come una donna di buona costituzione, con masse muscolari valide, pannicolo adiposo piuttosto abbondante, colorito del volto roseo, tendente leggermente al cianotico.

In corrispondenza della regione crurale di sinistra si nota una massa del volume di una grossa noce, dura, dolente, discretamente dolorabile, fissa profondamente, a superficie leggermente bernoccoluta.

La cute che la ricopre è di consistenza e colorito normale, il suono ottuso.

Nessuna alterazione esiste a carico dell'addo-

me che è trattabile, ma meteorico, non dolorabile alla palpazione.

L'esplorazione rettale e vaginale non rivela zone dolenti all'esplorazione combinata. L'alvo è aperto, le orine normali senza alcuna alterazione del sedimento.

L'esame dei vari apparati non rivela fatti degni di nota tranne modico spostamento della punta del cuore all'infuori della emiclaveare e soffio dolce sistolico sul focolaio mitralico. Temperatura 37°,5.

Dato il reperto obiettivo e i dati anamnestici credemmo riscontrare nel caso un banale strozzamento epiploico e decidemmo senz'altro di intervenire in anestesia locale.

Con taglio trasverso in corrispondenza della piega dell'inguine si incisero i vari strati liberando un tumore erniato di colorito cianotico, scuro, con peduncolo uscente da un canale crurale assai ristretto. Preparata accuratamente la regione, si incise la fascia propria e qual non fu la nostra sorpresa nel mettere subito allo scoperto una massa grassosa, a lobuli piuttosto spessi, con tutto l'aspetto del grasso epiploico, anche per i vasi che sopra vi scorrevano, di colorito scuro, in stato di grave alterazione. Dubitando di avere aperto con la fascia anche un sacco sottile e aderente si pensò ancora ad uno strozzamento epiploico, tanto era grande la somiglianza e nessun altro elemento palpabile in mezzo ad esso, cosicchè, sbrigliato alla base del legamento di Gimbernat il cingolo strozzante, si attrasse la massa in fuori per resecarla. Ma subito ci accorgemmo che la parte erniata e necrotica si continuava col grasso preperitoneale, ben delimitata da un solco netto; ed era ispessita, dura, a costituzione sclerotica-lipomatosa; assai vascolarizzata. Nella parte laterale di questa massa esisteva un piccolo sacco erniario a pareti collabite, edematoso e vuoto. Si praticò pertanto la resezione di questa massa lipomatosa strozzata e liberato il sacco si chiuse l'orificio con una plastica alla Novaro.

La guarigione si ebbe per prima e la donna uscì dall'Ospedale 12 giorni dopo.

***

Mi è sembrato interessante riportare qui il presente caso, di estrema rarità indubbiamente, tanto che ricercando nella letteratura non mi è stato possibile riscontrare alcunchè di simile. È certo che qui non si tratta di uno strozzamento erniario inquantochè per ernia secondo quanto ci insegna la Patologia dobbiamo intendere la fuoriuscita di un viscere dalla cavità addominale attraverso un orificio o canale preformato. Nel caso nostro l'ernia doveva esistere data la presenza del sacco, ma il viscere non era presente al momento della complicanza (cosa del resto comprovata dalla sintomatologia e dal decorso) la quale riguardava invece i tessuti perisacculari.

Quali insegnamenti possiamo trarre dal caso osservato? Prima di tutto dobbiamo fare alcune considerazioni sull'agente dello strozzamento che nel caso nostro non era certo dovuto al sacco. Sono note in Patologia le sottili discussioni dottrinali se l'agente dello strozzamento sia rappresentato dal cercine fibroso formato dai tessuti della parete e costituenti i margini dell'orificio, oppure dal sacco ristretto ed ispessito in corrispondenza del colletto. Ragionamenti sottili e di indubbia importanza anche pratica, che dimostrano però che la verità sta nel mezzo, potendosi verificare a volte strozzamenti in corrispondenza di un cercine costituito da un sacco a clessidra (anzi secondo alcuni sarebbero stati anche osservati casi di strozzamento, ed io stesso ne ho osservato uno di recente in sede inguinale, che continuarono nella loro evoluzione anche dopo un taxi che aveva ridotto in blocco e l'ernia e l'involucri) come, e questo in pratica è il caso più frequente, casi prodotti dallo strozzamento dei tessuti perisacculari, tanto che incisi questi il sacco cede e si distende.

Entrambe le cause posson dunque essere vere ma quella più frequente è data dai tessuti perisacculari e il nostro caso è una bella dimostrazione di questa evenienza.

Quale può essere stato il meccanismo dello strozzamento nel nostro caso?

Il perchè un'ernia si strozzi è stata motivo di infinite indagini, di scrupolose esperienze, di disquisizioni dottrinali e fisiche e sperimentali. E ognuno di noi ricorda fra le prime teorie apprese sui banchi universitari quella dovuta al brusco passaggio del contenuto del viscere con dilatazione del capo afferente e occlusione dell'efferente (Busch, Lossen) quella del ventaglio mesenterico che sceso nel sacco e rapidamente stirato verso l'alto rappresenta un cuneo schiacciante le anse (Berger); quella dello scivolamento della mucosa con susseguente sperone e chiusura del lume (Kocher-Roser). Teorie tutte ingegnose e se vogliamo abbastanza seducenti, ma che non spiegano tutto e che per dar ragione della genesi di altra ernia che non sia intestinale, ad esempio quella di epiploon, obbligano lo studioso a pensare a fatti infiammatori preesistenti con relativo aumento del viscere prolabito (discutibile) o ad un aumento brusco della pressione addominale che dilati l'orificio al momento del passaggio del viscere e al di sopra di questo lo rinserri. E perchè tale patogenesi non potrebbe essere invocata anche per quelle a contenuto intestinale, col corollario delle teorie summenzionate? Come ha potuto manifestarsi lo strozzamento nel caso nostro dato che i tessuti interessati appartenevano ai tessuti perisacculari, scarsamente mobili attraverso l'orificio e quindi più difficilmente interessati dalla pressione addominale?

Di fronte ad un caso di così difficile interpretazione volendo seguire la logica della teoria, pensammo anche ad un fatto infiammatorio per quanto nulla esistesse a comprovarlo all'infuori del modico rialzo di temperatura presentato dalla donna nell'ultimo giorno di malattia. Ma anche questa ipotesi fu abbandonata di fronte all'esame istologico del pezzo che mostrava semplici ed evidenti fatti emorragici, con alterazioni degenerative dei tessuti.

Scartata dunque anche questa possibilità bisogna ridursi alla valutazione delle semplici condizioni locali dei tessuti osservati e, per una spiegazione sufficiente, tenere in grandissima considerazione: il cingolo e il tessuto prolabito.

Nel 1° infatti noi possiamo vedere una condizione favorevole nella notevole ristrettezza del lume, con margini, specie sul legamento di Gimbernat, assai taglienti; per il secondo il solo meccanismo che più si presenta convincente è quello di una modica torsione, anche di pochi gradi, ma bastante a permettere quella iniziale difficoltà circolatoria, quell'edema con susseguente compressione sui tessuti della parete addominale e susseguente inginocchiamento che caratterizzano il 1° momento dello strozzamento.

Solo con queste ipotesi è possibile chiarire una patogenesi così difficile come quella del caso nostro ed è logico pensare che questo meccanismo, da noi supposto, si possa verificare assai più facilmente di quanto non si pensi nei vari strozzamenti intestinali ed epiploici, unitamente a quelle cause che ben conosciamo dalla patologia.

Una piccola torsione del viscere, anche di pochi gradi, è pertanto difficilmente rintracciabile al tavolo operatorio, associata a un brusco aumento della pressione, può ostacolare per un momento la rientrata del viscere, specie se il colletto è ristretto, e turbando la circolazione rappresentare il *primum movens* di una complicanza tanto temuta.

È logico che nel caso nostro se non fossimo intervenuti alla necrosi ischemica sarebbe seguita l'atrofia da organizzazione come anche è logico pensare che un fatto infiammatorio avrebbe potuto trasformare la sacca in una raccolta purulenta. L'intervento operativo oltrechè metterci al riparo da gravi responsabilità è giunto tempestivo permettendoci di constatare una lesione indubbiamente grave e oltremodo interessante.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di falso strozzamento erniario crurale, dovuto a strozzamento dei tessuti perisacculari che, in questo caso, si trovavano in particolari condizioni di sviluppo e vascolarizzazione. Discute la patogenesi di questa interessante e rara lesione, mettendo in rilievo una probabile modica torsione, come primo inizio della complicanza.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRI. *Manuale di chirurgia*. Edit. Pozzi, Roma, 1935.
BEGUIN. *Trattato di patologia chirurgica*. Ed. Vallardi, 1935.
BODE. *Eine unerwartete Entdeckung im Laufe der Operation einer vermuteten Cruralhernie*. Zentralblatt für Chirurgie, LVIII, 1931.
BREA e ROBIANI. Boletín del Instituto de Clínica quirurgica. Buenos Aires. An. VI, 1930.
BUTTINI. *Sopra un segno facilitante la diagnosi di ernia crurale strozzata*. Policlinico, Sez. Pratica,. XXXV, 1928.
CASATI. *Vaginalite flemmonosa susseguita ad appendicite cancrenata in ernia appendicolare*. Nuovo raccoglitore medico, n. 7, 1903.
FORGUE. Compendio di patologia Chirurgica. Società editrice Libraria, 1930.
IBOS et LEGRAND. *Appendicite aiguë perforante dans un sac de hernie crurale*. Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie, 1929
PAUCHET. *Hernies crurales étranglées*. Journal de Médicine de Paris, 1928, XLVII.
PELLEGRINI. *Un caso di grave appedicite in appendice erniata*. La Clinica Chirurgica, a. IX, 1933, vol. I.
PRETO. *Ascesso da appendicite acuta perforata in ernia crurale destra*. La Clinica Chirurgica, 1928, a. V., fasc. I, a. IV.
REICHENBACH. *Append. cancrenata in ernia*. Münch. Med. Woch., 1924, n. 44.
UFFREDUZZI. Patologia chirurgica. Edit. U.T.E.T., 1937.
VALERIO. *Su di un caso di append. crurale strozzato e suppurato*. Riforma Medica, 1930.
VIOLATO. *Empiema di un sacco crurale per appendice acuta senza ascesso appendicolare*. La Clinica Chirurgica, 1929, a. V.

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

Aspetti clinici dell'influenza.

(J. G. Scadding. *Practitioner*, dicembre 1938).

Il termine « influenza » è stato assegnato ad una condizione morbosa che si manifestò con un quadro clinico netto durante le pandemie del 1890-91 e del 1918. Ma durante i periodi interpandemici si manifesta in forma meno definita, meno grave e con bassa mortalità.

Nel 1933 Smith, Andrews e Laidlaw durante una piccola epidemia isolarono dal naso e dalle fauci dei pazienti un virus filtrabile, il quale inoculato per via nasale ai furetti produce una malattia molto somigliante a quella umana. Lo stesso virus inoculato sotto anestesia nel naso dei gatti produce lesioni pneumoniche. Si trovò anche che la malattia può essere trasmessa direttamente dall'uomo al furetto e viceversa. Infine nel sangue dell'uomo e dei furetti convalescenti furono riscontrati anticorpi neutralizzanti il virus.

Pertanto si assodò che l'influenza è un'entità morbosa con etiologia definita, ma finora non si è potuto accertare se le forme morbose che si verificano durante la pandemia abbiano la medesima, unica etiologia. Al riguardo va rilevato che nel 1918 si manifestò nei maiali un'affezione molto simile all'influenza, da Shope dimostrò essere dovuta all'azione combinata di un virus e dal bacillo di Pfeiffer. Il virus, che sembra essere il fattore essenziale, determina nei furetti una forma morbosa del tutto simile a quella umana. Allo stato dei fatti è a ritenere che il termine « influenza » debba assegnarsi unicamente alla malattia provocata dal virus, indipendentemente da ogni associazione microbica.

L'influenza, non complicata, ha un quadro clinico caratteristico.

All'inizio si ha prostrazione improvvisa, cefalea, brividi, dolori ai lombi ed agli arti. Talvolta la malattia si inizia in modo più drammatico con un deliquio. Più di rado si ha solo un leggero malessere, dolori oculari e fotofobia, e solo eccezionalmente tosse, corizza ed infiammazione delle fauci.

I sintomi costanti della malattia sviluppati sono: malessere spesso accompagnato da apatia e da desiderio di non essere disturbato; cefalea per lo più frontale; anoressia che si accentua molto nel periodo febbrile; brividi; dolori muscolari al dorso, agli arti, agli occhi; vertigini nella posizione eretta; corizza per lo più leggera; tosse accompagnata da sensazione dolorosa dietro lo sterno, dapprima secca e poi, in circa la metà dei casi, con espettorazione muco-purulenta; senso di secchezza e molestia alla gola. Tra i sintomi meno frequenti sono le nausee ed i vomiti.

La febbre dura tre o quattro giorni, ed il suo grado ed il suo tipo non sono sempre in relazione con la gravità dei sintomi.

La frequenza del polso sembra essere bassa in rapporto all'altezza della temperatura. La sudorazione di rado è abbondante.

All'inizio della malattia il volto e specie le orecchie sono generalmente arrossati, mentre le labbra hanno una leggera tinta cianotica. Le congiuntive sono iniettate, spesso si ha lagrimazione e le palpebre sono pesanti ed abbassate dando alla fisionomia uno speciale aspetto di languore. È notevole l'attitudine apatica del paziente.

La faringe appare arrossata, liscia o granulosa, per lo più secca. Le tonsille possono presentare lo stesso aspetto.

A carico dei pulmoni per lo più non si rilevano fatti anormali. Talvolta si hanno ronchi e scarsi rantoli alle basi e più di rado zone di diminuzione o assenza del murmure. Questi segni, che probabilmente sono dovuti a una bronchiolite localizzata, sogliono scomparire in due o tre giorni, ma talvolta con il ritorno del respiro si notano rantoli inspiratorî che possono persistere anche dieci giorni.

Durante la convalescenza si ha quasi sempre uno stato depressivo e spesso tendenza alla bradicardia.

Le complicazioni (tonsilliti, otiti medie, sinusiti) sono rare e sono probabilmente dovute ad infezioni secondarie facilitate dalla diminuzione della resistenza generale.

L'esame del sangue non dà reperti utilizzabili per la diagnosi.

Le più gravi complicazioni e successioni pulmonari dell'influenza possono essere distinte in tre gruppi:

a) bronchiolite: caratterizzata da un'accentuazione e prolungamento dei sintomi bronchiali abituali (tosse, espettorazione) e dei segni fisici, nonchè da fatti che depongono per un edema delle basi e per una bronchite generalizzata (dispnea, cianosi); in tali casi si rileva alle basi ottusità, riduzione del murmume, rantoli numerosi, diminuzione del fremito vocale-tattile, e spesso ronchi su tutto l'ambito;

b) infiltrazione pneumonica con accentuazione di tutti i sintomi della bronchiolite;

c) pulmonite fulminante, particolarmente frequente durante le pandemie: i sintomi propri dell'influenza si manifestano e si accentuano rapidamente, il paziente diventa subito dispnoico, cianotico, apatico, entra in collasso e muore in due o tre giorni.

Non è dubbio che le associazioni batteriche hanno una notevole importanza sul determinismo delle manifestazioni pulmonari dell'influenza. La varietà di queste lesioni è in rapporto alle numerose possibili combinazioni tra la virulenza del virus e delle infezioni batteriche.

Durante le epidemie di influenza ed indi-

pendentemente da queste si verificano casi di malattia con prevalenti sintomi rispiratori, nei quali non si riesce a dimostrare la presenza del virus influenzale e che in effetti differiscono clinicamente dall'influenza tipica. Queste forme alle quali è stato dato il nome di « catarro febbrile » si distinguono dall'influenza perchè non assumono mai un carattere epidemico e non ne hanno la stessa uniformità clinica; perchè hanno un'inizio meno improvviso e non sono accompagnate dai sintomi generali caratteristici dell'influenza; perchè hanno più accentuati i sintomi catarrali (corizza e tosse) ed i fatti infiammatori a carico delle fauci; per l'assenza quasi costante di fatti pulmonari.

Il trattamento dell'influenza è puramente sintomatico. Per alleviare la cefalea, i dolori muscolari, il malessere giova l'aspirina, eventualmente associata ad un leggero ipnotico. Talvolta però essa provoca una sudorazione profusa che riesce molto molesta.

Del resto il malato deve essere tenuto in assoluto riposo e così rimanere per tutta la convalescenza.

I tentativi di trattamento specifico con siero antivirale di cavallo sono riusciti negli animali da esperimento, ma non hanno dato risultati pratici nell'uomo.

Altrettanto può dirsi della vaccinazione profilattica, che pure potrebbe essere utilissima durante le pandemie. I furetti guariti dall'infezione diventano immuni ed il loro siero contiene anticorpi specifici; ma tutto ciò dura tre mesi. Gli stessi effetti si ottengono con le iniezioni di virus inattivato con la formalina (1:5000).

Ma l'efficacia pratica di tale vaccinazione è molto dubbia per l'uomo. Gli anticorpi compaiono nel sangue sette giorni dopo l'iniezione e scompaiono in pochi mesi, ossia troppo tardi e troppo presto per preservare dal contagio durante le epidemie. D'altra parte è stato assodato che esistono varî ceppi di virus influenzale, così che non si ha la sicurezza di provocare una vaccinazione specifica e quindi efficace.

Dr.

Il sodòku.

(V. Gillot e Ch. Sarrouy. *Presse Médicale* 9 novembre 1938).

Il sodòku è un'espressione giapponese con la quale si designa un'affezione caratterizzata essenzialmente da febbre e prodotta da morsi di ratti (*ratbite fever*). Si tratta di una spirochetosi, il cui agente specifico fu scoperto e studiato da Futaki, Takaki, Tarriguchi e Osumi.

Il periodo d'incubazione è molto variabile (da qualche giorno a un mese o più) in rapporto, sembra, con la regione morsicata: con i morsi alla faccia il periodo d'incubazione sarebbe più breve. È caratterizzato dai fatti dipendenti direttamente dalla ferita del morso: se questa è minima si avrà un'incubazione senza sintomi, altrimenti si avranno l'infangioiti, suppurazioni, che sembrano provocate da germi banali.

L'inizio della malattia è caratterizzato da febbre alta improvvisa, che può essere preceduta da qualche prodromo: edema discreto, arrossamento intorno alle ferite, sensazioni di formicolio, di pizzicore, di bruciatura all'arto morsicato.

I sintomi del periodo di stato sono: la febbre, l'esantema, i fenomeni locali.

La temperatura ha un andamento caratteristico, ricorrente, ad accessi successivi di 2-4 giorni. L'accesso s'inizia con brivido violento simile a quello della malaria ed è seguito da forte ipertermia (40° e più) che è accompagnata da recrudescenza dei dolori della ferita o della cicatrice. Il polso è sempre concordante con la temperatura. Questa comincia a cadere dopo 24 ore e scompare gradatamente in 2-4 giorni. Gli accessi si ripetono con intervalli di 6, 8 o 10 giorni rarefacendosi sempre più a misura che il male procede.

L'esantema è un sintoma importante perchè il sodòku è la sola affezione nella quale una febbre ricorrente è accompagnata da eruzione. Questa è diffusa a tutto il corpo, compresa la faccia, con maggiore intensità nella parte dove è avvenuto il morso. È costituita da macchie di varia grandezza, leggermente elevate, confluenti o non, di colore rosa pallido. Questo si attenua gradatamente e scompare lasciando una desquamazione furfuracea. Talvolta si ha un'eruzione eresipelatosa, nodulare o urticaria.

La reazione locale consiste in una tumefazione a tipo flemmonoso accompagnata da notevole ingorgo dei gangli vicini, talvolta agglutinati e molto dolenti. Tali fatti si accentuano con le ricorrenze febbrili.

I pazienti sono abitualmente astenici, prostrati, talvolta in semicoma; ma lo stato generale può essere buono con semplice stato di abbattimento durante gli accessi febbrili.

Di solito non si hanno lesioni viscerali; nel sangue si riscontra, durante l'accesso febbrile, iperleucocitosi con polinucleosi talvolta con eosinofilia.

La malattia dura qualche settimana o qualche mese e può condurre alla cachessia e alla morte se non è convenientemente curata. Il numero degli accessi febbrili è molto vario, da uno a cento.

La morte, che può verificarsi perfino nel 10 % dei casi, è stata attribuita a insufficienza cardiaca, a endocardite vegetante, a nefrite, a congestione pulmonare, a cachessia ecc.

La diagnosi di sodòku deve essere sospettata sopra tutto nei porti infestati da ratti in gran numero. Il tipo della febbre può indurre in errore facendo pensare, specie nei paesi

mediterranei, alla malaria. Tuttavia nel sodòku l'accesso è più lungo e non è accompagnato da tumore di milza, da leucopenia e mononucleosi. Il tifo ricorrente, che è anche una spirochetosi, ha onde termiche più lunghe, di solito con non più di due o tre ricadute che si attenuano progressivamente in intensità e durata.

L'eruzione può far pensare a tutti gli esantemi, ma ha caratteri inconfondibili.

La reazione locale può simulare un flemmone diffuso inducendo ad interventi inutili su tessuti in sfacelo senza suppurazione.

Comunque la diagnosi è confermata dagli esami di laboratorio ricercando il parassita al momento dell'accesso febbrile e praticando inoculazioni agli animali.

Il germe, scoperto nel 1916, appartiene al gruppo degli sporozoarî ed alla famiglia dei spirochetidi. È lungo 2-6 μ, più grosso del treponema della sifilide, con 4-6 spire e uno o due flagelli alle estremità; all'ultramicroscopio è mobilissimo; si colora facilmente con il bleu di metilene, con il violetto di genziana o con il Giemsa, è Gram-positivo; è difficilmente coltivabile, ma Nogughi è riuscito a coltivarlo in un terreno speciale.

È trasmissibile al sorcio, al ratto bianco, al topo di campagna, al ratto nero, al cane, al gatto, alla scimmia. Come animali da esperimento si adoperano il sorcio ed il ratto nei quali la malattia somiglia in molti punti a quella umana. Negli animali morti in seguito alla malattia o uccisi si riscontra tumefazione dei gangli, congestione del fegato, ed anche emorragie dei reni e delle capsule surrenali, in queste ultime e nei gangli si trovano spirocheti in abbondanza.

I ratti dei porti costituiscono praticamente l'habitat, la riserva del virus, senza per altro presentare manifestazioni patologiche del sodòku. Nel Giappone Futaki ha trovato un ratto infetto su 43 e Ishiwara 10 su 40; a Tolone Marcandier e Pirot su 100 ratti catturati su navi da guerra ne hanno trovato 18 infetti.

Il contagio tra ratti avviene in vari modi, per contatto, per trasmissione ereditaria, per ingestione, quando i ratti divorano le carogne dei ratti morti.

L'uomo è contagiato abitualmente dal morso di un ratto; sono state segnalate inoculazioni a seguito di morsi di gatti, di cani, e anche di beccate di falchi.

La trasmissione del sodòku è stata tentata nella cura della paralisi progressiva e di altre psicopatie; ma i risultati non sono migliori di quelli ottenuti con la malarioterapia, mentre gli inconvenienti sono maggiori.

Il Sodòku si cura con l'arsenobenzolo (dosi crescenti fino a un totale di 2 gr. per un individuo di 65-70 Kgr.). Già dopo la prima iniezione si ha una sensibile remissione di tutti i sintomi. Gli altri preparati arsenicali sono meno efficaci, ancora meno lo sono i sali mercuriali e bismutici.

La profilassi del sodòku consiste nell'evitare i morsi dei ratti, essenzialmente nella distruzione di questi animali che costituiscono la riserva del virus. Le iniezioni arsenicali preventive costituiscono un mezzo di profilassi di difficile o per lo meno di non larga applicazione.

Dr.

CIRCOLAZIONE.

Di alcune credenze fallaci in cardiologia.

(J. W. Lennel e A. R. Thomson. *Britsh med. journ.*, 27 agosto 1938).

Vi sono tuttora oggi, nel campo delle malattie cardiovascolari, delle credenze infondate eppure molto diffuse fra i medici, per cui vale la pena di richiamarvi l'attenzione.

Il cuore grasso. Per molte ragioni, gli individui grassi tendono ad avere il « respiro corto » in seguito all'esercizio fisico; basandosi soltanto su questo fatto, si fa spesso la diagnosi di « cuore grasso ». All'autopsia di obesi, e non solo di questi, non è raro il trovare un accumulo di grasso al cuore, ma non è detto che sia questo che provoca l'insufficienza cardiaca, sicchè non è saggio il porre la diagnosi di cuore grasso. In presenza di sintomi di insufficienza in obesi, si andranno a ricercare altre cause, fra cui più spesso l'ipertensione.

Lo sforzo fisico. La credenza che un cuore sano può essere leso da uno sforzo fisico persiste, purtroppo, malgrado la notevole quantità di prove contrarie, che si sono venute accumulando in questi ultimi 30 anni. Si possono adottare in proposito le conclusioni a cui è recentemente addivenuto Lewis che, cioè il carico fisiologico, per quanto pesante sia, non può ledere un cuore sano e le sue fibre, mai produrre una dilatazione pericolosa, nè esaurire le riserve cardiache. Non si nega, con questo che nella media delle persone che fanno lavori pesanti il cuore diventi più grosso e più rotondo, ma si tratta di una reazione normale del muscolo all'esercizio, non diversa dall'ipertrofia dei bicipiti.

Come corollario, si osserva che non può mai verificarsi quello che viene spesso pretestato, cioè una dilatazione notevole prodottasi in pochi minuti e permanente. La stessa dilatazione che si produce in seguito a tachicardia prolungata è assai modica e non si manifesta che dopo parecchi giorni.

La radiologia del cuore. Con la sola percussione, non è possibile determinare esattamente il diametro trasversale del cuore (basta fare una osservazione radiologica in posizione laterale od obliqua, per convincersene) e nemmeno valutare la profondità del respiro. Tutto questo può invece esser fatto agevolmente con l'osservazione radiologica, con cui si può anche avere un'idea della grandezza delle singole cavità cardiache.

Lo spostamento del battito della punta, se non è dovuto a cause polmonari, pur sugge-

rendo l'idea di un ingrossamento del cuore, non ha significato diagnostico assoluto. La scoliosi ne è spesso causa e così pure l'innalzamento del diaframma, che accompagna costantemente l'obesità. Per l'ignoranza di questi fatti, spesso molta gente sana viene considerata affetta da malattie cardiache, mentre basta un semplice esame radiologico, per convincere del contrario.

Ingrandimento e dilatazione. Si ritiene generalmente che il cuore aumenta di grandezza con l'età, ma non vi è nessun fatto che lo dimostri, piuttosto, anzi, diminuisce. Quando lo si trova ingrandito nell'età avanzata, è opportuno fare ricerca di altre cause (ipertensione, blocco di branca del fascio).

È quasi un articolo di fede che in tutti gli stati tossiemici, si verifica una dilatazione del cuore per afflosciamento del miocardio. Si dimentica che nella tisi molto avanzata, pure avendosi il più grave stato di tossiemia della durata di mesi od anni, il cuore è più piccolo del normale e, se anche appare all'autopsia in parte distrutto, non è affatto dilatato. Anche in un recente studio radiologico sul cuore nella polmonite, si è trovato un ingrandimento soltanto in 3 casi su 119. L'ingrandimento si ha soltanto quando, nel corso della tossiemia vi è fibrillazione auricolare, *flutter* auricolare o blocco di branca, che il cuore si dilata. Il cedimento circolatorio nella tossiemia è quasi sempre dovuto a perdita di contrattilità della muscolare delle arteriole periferiche, piuttosto che a debolezza miocardica.

Contrariamente all'opinione comune in casi di cedimento congestizio, la grandezza del cuore non diminuisce sensibilmente con la diminuzione e scomparsa dell'insufficienza. Tale fatto era già stato stabilito da Mackenzie con metodi clinici ed è ora stato confermato radiologicamente.

L'edema non accompagnato da ingrandimento del cuore è generalmente di origine non cardiaca; si tenga presente, però, che tale ingrandimento può non essere ovvio clinicamente e solo riconoscibile all'esame rediologico specialmente in casi di enfisema e di obesità.

Toni cardiaci ed extrasistoli. Un cuore è spesso ingiustamente condannato perchè i suoni sono deboli, senza tono, « di cattiva qualità » o simili. Il carattere dei suoni cardiaci può essere realmente di grande aiuto nella diagnosi, ma l'idea che si possa giudicare l'efficienza funzionale cardiaca dall'intensità dei suoni è, in complesso, fallace. Lo smorzamento di questi è più facilmente dovuto ad obesità od enfisema piuttosto che alla debolezza del miocardio; inoltre i diversi toraci possiedono qualità acustiche diverse, mentre gli ascoltatori differiscono di molto fra loro non soltanto nella loro acutezza uditiva, ma anche nel considerare quale è la normalità.

Ancora oggi, molti pratici considerano le extrasistoli come un segno di malattia organica del cuore, il che impressiona non poco i pazienti. Fino dal 1918, Mackenzie ha stabilito che l'extrasistole, di per sè, non ha importanza clinica e che solo raramente, se pure ciò è possibile, indica qualche grave condizione cardiaca. Passata l'età media, esse sono da considerarsi come un fenomeno normale e, se si trovano in casi di malattia organica di cuore, possono essere trascurate dal punto di vista pronostico.

Reumatismo. È noto che il reumatismo acuto è raro nell'età adulta; meno noto è il fatto che quando il primo attacco si manifesta dopo i 20 anni, raramente lascia una lesione permanente del cuore e che ciò è tanto meno probabile quanto più, nelle età inferiori, ci si avvicina ai 20 anni.

Spesso ci si domanda, durante od alla fine del primo attacco di reumatismo, se il cuore del paziente è, o non, leso ed è francamente impossibile il dare una risposta sicura. La presenza di un rumore sistolico non ci dice nulla, perchè è un fatto abbastanza frequente in ogni tossiemia grave; d'altra parte, in un paziente che non presenta rumori patologici di sorta alla fine dell'attacco di reumatismo, si possono sviluppare 1-2 anni dopo dei segni sicuri di lesioni valvolari.

La retrazione valvolare è un processo lento, che prende almeno sei mesi ed anche più prima di rendersi manifesto all'ascoltazione. Quando, durante il decorso di un attacco — ritenuto per il primo — di reumatismo, si avvertono dei segni di lesioni valvolari, si può affermare con sicurezza che essi preesistevano e che l'attacco non fu il primo.

Rumori sistolici. Il rigurgito mitralico, non accompagnato da stenosi mitrale si ha raramente (se pure avviene) come risultato di endocardite reumatica. Contrariamente a quanto si insegna, il rumore più comune sul focolaio mitralico nella stenosi mitralica non è presistolico, ma sistolico, come si è potuto recentemente confermare mediante l'esame radiologico. Specialmente sospetto, in un individuo che ha nell'anamnesi un reumatismo acuto, è il rumore lungo, soffiante, apicale, sistolico. I rumori sistolici « funzionali » sono tipicamente brevi e di carattere non soffiante. In nessun campo della cardiologia è tanto importante l'esame radiologico, come nella determinazione del significato del rumore sistolico.

Vertigini, svenimenti, sincope. Questi non sono sintomi *cardinali* di malattia cardiaca; possono trovarsi in qualche caso di grave blocco cardiaco ed, ancor più raramente, all'inizio dell'attacco di fibrillazione auricolare, *flutter* auricolare o trombosi delle coronarie; il più spesso però stanno ad indicare un disturbo vasomotorio di origine psico-neurotica.

Non bisogna dimenticare che i sintomi cardinali di malattia cardiaca sono due e due soli,

cioè: la dispnea all'esercizio ed il dolore, generalmente retrosternale.

Il dolore. Il dolore dell'angina pectoris è tipicamente retrosternale, non precordiale, come si crede comunemente. Tende ad irradiarsi verso la spalla e l'ascella di sinistra, fino al braccio ed alle dita, qualche volta ad ambe le braccia od anche soltanto al braccio destro, con diffusione al collo. Può comprendere la mandibola e diffondersi alla schiena, ma non mai sotto la mammella sinistra. Dovunque si manifesti, esso è quasi sempre provocato dall'esercizio ed alleviato col riposo.

L'intensità può variare secondo i diversi pazienti od anche nello stesso individuo e può essere addirittura agonizzante, ma non ha mai il tipo della pugnalata.

Raramente il dolore sottomammario sinistro è dovuto a malattia cardiaca, anche se si estende alla scapola ed al baccio. Esso è di tipo continuo e non è provocato dall'esercizio; generalmente associato ad un gruppo di sintomi che indicano esaurimento fisico e nervoso, senza base organica. Tali sintomi possono aversi anche in individui con malattie cardiache, specialmente stenosi mitralica ed insufficienza aortica, in cui si possono sviluppare degli stati ansiosi.

Trombosi delle coronarie. Talvolta il medico si trova di fronte ad un caso che ha avuto una serie di sintomi che richiamano la trombosi delle coronarie, ma il non trovare nulla d'importante all'esame clinico lo lascia dubbioso. È bene far presente che, nella maggior parte dei casi il ritmo rimane regolare, non si hanno rumori anormali ed il cuore non si mostra ingrandito nemmeno all'esame radiologico. Anche l'elettrocardiogramma non mostra costantemente le anormalità caratteristiche, mentre d'altra parte l'onda T in 1 e II derivazione, che è considerata come un segno della malattia coronarica, può aversi in casi di stenosi aortica e di ipertensione.

Raramente, la trombosi delle coronarie è un risultato dell'aortite sifilitica, malgrado che in questa lesione vi sia quasi sempre un restringimento degli orifici coronarici.

Altri punti importanti. Si ritiene generalmente che la pressione sistolica sia di regola rappresentata dalla somma di 100 più gli anni dell'individuo. È un calcolo erroneo, poichè la pressione non aumenta che di poco con l'età: così dai 20 ai 60 l'aumento normale non oltrepassa i 15 mm.

L'ateroma non è una causa dell'ipertensione, sebbene non vi sia dubbio che quest'ultima finisca col portare la degenerazione ateromatosa delle arterie.

La sifilide non provoca mai arteriosclerosi generalizzata; la compartecipazione delle arterie nella sifilide è invariabilmente focale.

La fibrillazione auricolare è molto raramente associata con l'endocardite batterica subacuta o con la malattia sifilitica del cuore. *fil.*

Misura della pressione venosa dopo sforzo.

(C. L. C. VAN NIEUWENHUIZEN. *La Scalpel*, 22 ottobre 1938).

Nello scompenso cardiaco hanno importanza certamente lo stato precedente del miocardio e le condizioni del circolo capillare e venoso. Quest'ultimo compie la funzione di deposito sanguigno nei polmoni, fegato, milza, addome, sistema sottocutaneo e nelle grandi vene precordiali. Il sangue così aumentato non si comporta passivamente, perchè varia da un momento all'altro. Esso compie una funzione compensatoria che può cessare da un momento all'altra, provocando un'insufficienza del cuore.

Certamente i danni ai tessuti dell'organismo provengono dai disturbi circolatori. L'afflusso venoso ha certo importanza notevole nel determinismo delle prestazioni cardiache; quindi l'esame della pressione venosa ha importanza non trascurabile.

L'A. ha studiato la pressione venosa, col metodo diretto di Moritz-Tabora in rapporto collo sforzo necessario a sollevare quindici volte le gambe rimanendo in decubito dorsale e precisamente seguendo il comportamento della pressione venosa per 10' (dopo 15 e 30'', 1', 1 /2', 2', 2 1/2', 3', 3 1/2', 4', 4 1/2', e poi 5, 6, 7, 8, 9 e 10'). Nei normali la pressione venosa ritorna nelle condizioni precedenti dopo 15 secondi e a volte, specialmente nei giovani, anche 15 mm. meno.

L'A. studiò malati con vari tipi di disturbo circolatorio. Nella stasi meccanica si ha sempre una curva di pressione venosa dopo sforzo al disopra del livello di riposo. Nei malati con vizi valvolari, con ipertensione, con ipertiroidismo, con fibrillazione e con disturbi cardiorespiratori osservò vari tipi di modificazione della pressione venosa.

Tipo I: pressione venosa normale a riposo. Dopo sforzo tracciato che oscilla attorno al normale. Si ha questo tipo nei normali, negli ipertesi non scompensati e nei fibrillanti, auricolari con presenza ventricolare lenta.

Tipo II: pressione venosa normale o bassa; dopo sforzo si ha una caduta più pronunziata che nei normali e che richiede dieci minuti o più nel ritorno al livello precedente. Questo tipo si ha per lo più all'inizio dello scompenso, quando clinicamente si ha solo dispnea da sforzo.

Tipo III: malgrado il compenso la pressione venosa è molto elevata. Lo sforzo aumenta sul principio la stasi venosa, ma dopo 3, 5 minuti scende molto al disotto del livello di riposo. In questo tipo per la maggior parte delle durata della malattia si hanno sintomi più o meno imponenti di scompenso: dispnea da sforzo, epatomegalia, nicturia, edemi, tachicardia.

Tipo IV: si osserva nei casi avanzati di

scompenso. La pressione venosa è elevata anche a riposo. Lo sforzo aumenta la stasi e quest'aumento non è compensato con una discesa nemmeno dopo 10 minuti.

R. L.

DIVAGAZIONI

La malattia della decadenza di Napoleone: il morbo di Fröhlich?

In una seduta della sezione di Storia della medicina del XVII Congresso Internazionale di Medicina tenutosi a Londra nel 1913 il dottor L. Guthrie lesse una memoria dal titolo « Verso la fine della sua vita Napoleone soffrì ipopituitarismo? ». Contemporaneamente — come si rileva da un recente articolo pubblicato su *Storia* — la stessa ipotesi ha avanzato A. Krogius, ex professore di Clinica Chirurgica all'Università di Helsingfors. Questi ne ebbe la prima idea leggendo le osservazioni fatte dal maggiore Henry — uno dei medici di Napoleone a Sant'Elena — sul protocollo ufficiale dell'autopsia: « Il cuore dell'Imperatore era notevolmente piccolo e *partes viriles exiguitatis insignis, sicut pueri.* La rotondità delle braccia e la delicatezza delle mani e dei piedi avevano qualche cosa di femminile, come pure la bianchezza e la finezza estreme della pelle e la poca abbondanza dei peli ». E più avanti « esteriormente il corpo appariva molto grasso. Una prima incisione mostrò che lo sterno era ricoperto d'un pollice almeno di grasso e l'addome d'un pollice e mezzo ».

Tale reperto somatico contrasterebbe con tutto quanto si sa su Napoleone all'epoca del suo avvento e dell'apogeo della sua gloria: la virilità dell'aspetto, l'attività erotica, l'energia della condotta. E mal si concilierebbe anche con la malattia che ne determinò la morte: malgrado il cancro dello stomaco Napoleone si mantenne fin quasi alla fine relativamente corpulento.

Tali considerazioni messe in relazione con quanto si sa sugli antecedenti del grande Corso rendono attendibile l'ipotesi che egli abbia sofferto la sindrome adiposo-genitale descritta da Babinski e Fröhlich.

L'epoca nella quale si manifestarono l'obesità e l'atrofia degli organi genitali coincide con il declino della sua potenza e della sua fortuna militare e politica.

Come si sa Napoleone da ragazzo aveva l'aspetto patito e macilento, da giovane era magro ed agile. Durante il periodo della sua ascensione e del fastigio egli conserva queste fattezze. Ma malgrado l'indomabile energia del suo spirito che si traduceva nel suo comportamento, nella sua mimica, nel suo sguardo fascinatore, la sua vita sessuale sbocciò tardi, e se ebbe fiammate vivaci e frequenti non fu tale da testimoniare una forte e constante virilità.

Fino a diciassette anni fu timido, riservato; non partecipava alle scappatelle sessuali dei suoi compagni coetanei, anzi le deplorava e sprezzava. Quando divenne luogotenente d'artiglieria più che avventure amorose ebbe qualche flirt senza calore. Fu soltanto con la sua prima moglie, la bella Giuseppina Beauharnais, che la sua sessualità si rivelò improvvisa e tumultuosa con un « ardore di passione » straordinario, con la « furia di un continuo desiderio ». L'infedeltà della moglie lo induce ad avventure amorose con parecchie donne anche nella speranza di avere un figlio e di dimostrare la sua capacità a procreare. In Egitto ebbe per amante la signora Fourès; nel 1800 di ritorno a Parigi dopo la seconda campagna d'Italia ebbe la cantante italiana Grassini; promosso Console e Imperatore prese l'abitudine di ricevere donne di ogni genere, attrici, lettrici dell'imperatrice; nel dicembre 1806 ebbe dalla signorina Eleonora Dennelle un figlio al quale fu posto il nome di Leone; nel 1807 a Varsavia conobbe Maria Walewska, con la quale ebbe nuovamente rapporti nel 1808 a Parigi, nel 1809 a Vienna e che nel 1810 partorì un figlio, Alessandro Colonna Walewski, il futuro ministro di Napoleone III; la stessa Walewska lo raggiunse all'Elba il 1° settembre 1814 e passò con lui una sola giornata; nel 1910 egli divorziò da Giuseppina e sposò Maria Luisa d'Austria, e nel desiderio di avere subito un figlio, che potesse essere erede legittimo, le corse incontro e « la prese di slancio senza cerimonie, la sera stessa ch'era arrivata e senza aspettare i riti dello Stato e della Chiesa ».

Fenomeno strano: Napoleone non potette vantare la fedeltà delle donne che egli ebbe. Forse tutte cedevano al fascino del suo genio e della sua gloria, nessuna rimase soddisfatta della sua virilità. Solo la Walewska gli fu costantemente fedele e l'avrebbe anche seguito a Sant'Elena: ma la dolce polacca sposata a 18 anni con un uomo di 75 anni deve considerarsi sessualmente inesperta, in Napoleone trovò la soddisfazione delle sue necessità fisiologiche e spirituali.

In Napoleone le stesse caratteristiche della costituzione somatica non deponevano per un'eccessiva mascolinità. Nel 1818 dopo una delle solite frizioni con acqua di Colonia si presentò nudo al dott. Antomarchi e gli disse: « Guardate un po' dottore, guardate che belle mani, che petto rotondo, che pelle liscia, bianca senza un pelo: un simile petto farebbe invidia a qualunque bella donna ». Napoleone s'ingannava: gli attributi fisici che vantava non sono propri del maschio quale è desiderato dalle donne.

Comunque dal 1800 al 1810 Napoleone ebbe una vita sessuale molto attiva, e durante tale periodo ebbe tre figli: Leone Dénnelle, Alessandro Walewski ed il Re di Roma.

Però dopo tale epoca la sua attività erotica sembra calmarsi. Nessun documento parla di nuove avventure. Perfino con la Walewska, che fu la donna più amata, non ebbe più rapporti. All'isola d'Elba ricevette da lei una breve visita, ma sembra debba escludersi che abbia avuta con lei alcuna intimità. A Sant'Elena Napoleone non ebbe alcuna donna e non risulta che se ne sia doluto.

Parrebbe quindi che la sua vita sessuale abbia cominciato ad indebolirsi quando egli era appena quarantenne e si sia poi gradatamente estinta.

Quasi contemporaneamente si manifesta un ingrassamento contrastante con la costituzione originaria e con le abitudini di Napoleone che in quell'epoca si assoggettava a fatiche e a disagi d'ogni genere, dormiva poco, e non mangiava molto. Nel 1807, ossia quando aveva 38 anni, appare a Tilsit corpulento, ma non obeso. È nel 1909, come nota Chaptal, che il suo corpo si appesantisce. Nel 1812 all'inizio della campagna di Russia tutti notano l'ingrossamento e l'aria stanca ed apatica dell'Imperatore. Al suo ritorno dall'Elba l'obesità lo rende quasi irriconoscibile ai suoi vecchi soldati. Sulla *Bellerofonte* malgrado le fatiche ed i rovesci appare sempre corpulento. Nel 1817 a Sant'Elena malgrado i patemi d'animo e l'inclemenza del clima appare tutt'altro che dimagrito. Henry che lo vide nel settembre di quell'anno così lo descrive: « Aveva la figura bassa e massiccia, la testa sepolta fra le spalle, la faccia grossa e grosse pieghe sotto il mento. Insomma aveva più l'aspetto di monaco spagnolo o portoghese che d'un eroe dei tempi moderni ».

In seguito l'obesità si accentuò ancora fino a che si manifestò il cancro, che determinò un notevole dimagrimento, ma certo non corrispondente alla natura e alla gravità della malattia: come si è detto, all'autopsia il grasso sottocutaneo fu trovato ancora abbondante.

A questi fatti riguardanti le alterazioni dell'aspetto corporeo, le modificazioni del comportamento erotico ed il reperto necroscopico sopra tutto della piccolezza degli organi genitali, il Krogius aggiunge elementi clinici convalidanti la diagnosi di distrofia adiposogenitale da tumore dell'ipofisi.

Sta di fatto che nell'epoca indicata e prima che si manifestasse il cancro dello stomaco Napeoleone presentava sintomi e disturbi di rilevante interesse clinico, che confortano effettivamente la tesi del Krogius.

Napoleone presentava segni di ipertensione endocranica: bradicardia, cefalee, estremità fredde, poliuria, vomiti, intorpidimento delle facoltà mentali, sonnolenza. Gli stessi accessi epilettici, sui quali tanto si è discusso, potrebbero avere tale origine. Non si hanno descrizioni esatte di questi accessi. Dapprima pare siano state semplici crisi di vomito seguite da uno stato di sonnolenza, che poi diventarono più complesse. Lo stesso Napoleone così descrisse a O' Meine l'attacco sofferto il 14 dicembre 1816: « Ho avuto un gran male di testa e agitazioni involontarie; ho perduto la conoscenza per qualche minuto; mi sembrava di essere sotto un attacco di apoplessia, sentivo una pesantezza di testa e capogiri, come se il mio cervello fosse sovraccarico di una troppo grande quantità di sangue ». Due giorni dopo e nell'ottobre 1817 ebbe accessi simili. Il 6 gennaio 1819 mentre dettava fu colto da sincope ed il 17 dello stesso mese ebbe una vertigine seguita da incoscienza. Intanto soffriva spesso violento mal di testa. Il 25 ottobre 1820 ebbe un forte dolore alla regione frontale con assopimento, ed il 14 aprile 1821 violenti agitazioni convulsive della durata di un'ora e mezza.

Infine lo stato mentale subiva sensibili modificazioni che non possono in alcun modo spiegarsi con il progredire dell'età. Il declino della fortuna di Napoleone si è iniziato quando egli aveva appena 40 anni. Ségur durante la campagna di Russia del 1812 notò nell'imperatore « certi difetti dell'attenzione nei momenti più critici, una specie di rassegnazione fatalista, un'indecisione assolutamente nuova nel dare ordini urgenti: insomma un oscuramento di quel colpo d'occhio così fulmineo che decideva la vittoria a Marengo, ad Austerlitz ». A Borodino stupì i suoi marescialli per l'inattività e l'indecisione, e non si risolse a lanciare la guardia dalla quale poteva dipendere il successo; a Dresda non seppe risolversi ad inseguire e disperdere il nemico; a Lipsia mentre dettava a Berthier gli ordini per la ritirata, cadde fulminato su uno sgabello e s'addormentò; a Ligny caddé in uno stato di apatia che gli fece perdere i frutti della vittoria; a Waterloo lasciò passare ore preziose e nell'ora decisiva si smarrì.

Contemporaneamente al genio militare declinava quello politico. Lo stato mentale non era più proporzionato alla grandiosità dell'edificio costruito, era impari alle difficoltà da superare. E venne il crollo. Egli commetteva errori su errori, ultimo quello di consegnarsi agli implacabili nemici.

Adunque una malattia lenta, insidiosa, insospettata ed allora insospettabile avrebbe minata la personalità di Napoleone durante l'ultima decade della sua vita alterandone i caratteri fisici, indebolendo il suo genio, la sua energia, la sua stessa virilità, arrestando ed anche annientando l'opera colossale che egli aveva concepita ed in parte attuata.

Quantunque le diagnosi postume destino sempre diffidenze, tuttavia questa di Guthrie e Krogius, fondate su fatti controllati ed indiscussi, appare accettabile.

Essa comprova il valore dei fatti biologici nel determinismo storico: la malattia di un uomo ha inciso indelebilmente sul destino del mondo.

G. DRAGOTTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

F. Vincke. *Vitamine und Hormone und ihre technische Darstellung.* Darstellung von Hormon Präparaten (ausser Sexaulhormon, präparaten). Ed. S. Hirzel, Lipsia, 1938, RM. 7, pagg. 162.

Come ben dice l'autore nella breve prefazione, i lavori sugli ormoni sono divenuti così numerosi, che il lettore corre il rischio di perdere ogni veduta d'insieme. Perciò sono ogni giorno più necessarie le opere d'insieme, di sintesi e di critica.

Questa, che presentiamo, è una monografia sulla preparazione tecnica degli ormoni, ormoni sessuali esclusi.

Infatti l'opera completa « Vitamine ed ormoni e loro preparazione tecnica » risulterà di più parti, affidate ad AA. diversi. Una di queste parti è la presente, dovuta ad Erich Vincke.

Opera modernissima: aggiornata nell'ampia letteratura fino alla fine del 1937. Datata dal luglio 1938.

Nel libro, dopo la trattazione di ogni ormone, sono raccolti in una tabella i preparati commerciali (tedeschi, inglesi e americani) col loro dosaggio: utilissimo.

Abbiamo letto subito alcuni dei capitoli più vivi della endocrinologia: per primo quello delle vie di somministrazione dell'insulina. L'unica via efficace è l'iniezione. Nè semplice nè combinata l'insulina supera attiva lo stomaco. Nessuna altra via (percutanea, rettale, vaginale) consente di raggiungere l'azione efficace.

Il diabetico deve rassegnarsi ad essere punto almeno 1 volta al giorno. Ed una soltanto se l'insulina protaminica non tradirà le grandi speranze, nate con lei. Il che pare già stia succedendo.

Vi è un capitolo intitolato « Altre sostanze usate come antidiabetici. Capitolo breve, di sintesi. Conclusione: nessuna di esse cura il diabete, nessuna di esse agisce come l'insulina, compensando il difetto del metabolismo del glucosio che costituisce l'essenza del diabete mellito. Molte agiscono come ipoglicemizzanti. Ma per l'organismo diabetico è perfettamente indifferente essere tale con una glicemia un po' più alta o un po' più bassa. Perciò il diabete può essere curato soltanto con l'insulina. La pietra di paragone per valutare la chiarezza di un libro di ormonologia è il capitolo sugli ormoni ipofisari. In questo libro essi sono tutti ricordati e ne sono dette le cose fondamentali con ordine e semplicità. Una Tabella riassuntiva li elenca tutti (sono tredici) ricordando di ognuno brevemente, l' azione caratteristica. Unica menda del libro: l'ignoranza dei contributi italiani. La Patria di Spallanzani, di Flajani, di Vassale continua a dare alla scienza insigni cultori della endocrinologia anche nel senso che l'A. ha particolarmente trattato in questo libro. Eppure non ne è fatto cenno. Bisogna trovare il modo di far conoscere anche a chi ignora la nostra lingua il frutto del nostro lavoro.

M. Coppo.

Ammon R. e Dirscherl K. *Fermente Hormone Vitamine.* Edit. G. Thieme, Lipsia, 1938, RM. 30, pag. 451.

Fermenti, ormoni e vitamine: sostanze tutte caratterizzate dalla sproporzione fra massa e attività. Unite da numerosissimi e complessi rapporti di azione.

Euler li unifica nel nome di ergozimi o di ergoni. Gli AA. propongono il nome più complessivo di « ergine ». Quello finora usato di « sostanze attive » ha significato così vasto, che crea disordine. Questo bellissimo libro costituisce appunto il capitolo « Ergine » di un ipotetico colossale trattato di chimica fisiologica. Però in esso la parte chimica è mantenuta nei giusti limiti, mentre è sviluppata a fondo la parte fisiologica, fino alle applicazioni terapeutiche. Prima dote del libro: la chiarezza. Seconda dote del libro: la modernità.

V'è trattato dell'« AT_{10} » e della nuova cura della tetania paratireopriva; del glicagone, dell'insulina zincoprotaminica, del testosterone, di tutte le ultime conquiste di questo interessantissimo ramo della biochimica. E di ogni nuova « ergina » son dette la storia e la proprietà, descritte le manifestazioni fisiologiche, rammentate la patologia e le applicazioni terapeutiche.

Se per quanto riguarda le vitamine, già il libro di Stepp e Schroeder costituisce una perfetta messa a punto e per gli ormoni il trattato — già non più nuovo — di Trendelenburg, dei fermenti è questa certamente la trattazione più completa, moderna ed interessante.

Ed è anche il gruppo di ergine meno noto anche a chi si considera ed è considerato cultore della biochimica. Dalla lettura di questo splendido libro appare chiaro il moderno concetto di quelle attività, che son detti enzimi; chiara la concezione moderna della struttura delle sostanze che di tali attività sono vettrici. La stessa « azione enzimatica » comincia a presentare zone di luce, che rompono l'oscurità assoluta che fino a pochi anni fa l'avvolgeva. Chi — come noi — ha avuto la fortuna di intendere la conferenza non remota di Valdschmidt-Leitz all'Istituto di Sanità, ne avrà certamente serbato il desiderio di percorrere più innanzi le molte e meravigliose vie nuove che l'oratore ci additò. Questo libro ne offre il mezzo facile, piano.

Il libro avrà molto successo e sarà conforme ai suoi grandissimi pregi.

M. Coppo.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il diabete renale.

E. Lippmann (*Archivio di patologia e clinica medica*, agosto 1938) studia le caratteristiche cliniche del diabete renale e tenta di risolvere il quesito se il diabete mellito e quello renale si debbono considerare come due malattie diverse o se invece vada mantenuta l'antica concezione dell'unità delle glicosurie.

Le caratteristiche cliniche del diabete renale sono le seguenti.

1) moderata glicosuria (non superiore al l 1 %) nel digiuno, che aumenta dopo i pasti, ma non esageratamente perchè la curva glicemica post-alimentare decorre normalmente nella maggioranza dei casi. È importante rilevare che la tolleranza per lo zucchero rimane sempre buona e costante e non dipende, come nel diabete mellito, dalla quantità di carboidrati somministrati: quindi è inutile togliere i carboidrati al paziente, sotto il pretesto di renderlo aglicosurico;

2) corpi chetonici a volte presenti nell'urina, ma per lo più assenti, e mancanza di tendenza all'acidosi;

3) indipendenza della glicosuria dalla dieta e dalla somministrazione di insulina;

4) glicemia normale e subnormale nel digiuno e curva glicemica normale dopo carico di glucosio;

5) possibile ereditarietà dell'anomalia stessa o di altri disturbi del metabolismo;

6) assenza di molesti sintomi soggettivi, frequenti nel diabete mellito, quali prurito, foruncolosi, eczemi, poliuria, polidipsia, dimagramento, lenta guarigione di ferite, ecc.;

7) prognosi buona, purchè l'anomalia mantenga il suo carattere.

L'analisi accurata di tutti questi sintomi rivela però che soltanto l'esistenza della soglia renale bassa dello zucchero potrebbe avere valore diagnostico-differenziale verso il diabete mellito, giacchè gli altri non possono dare sicuro affidamento. La diagnosi differenziale è sempre difficile a farsi in quanto, coll'andar del tempo, un vero diabete renale può diventare un diabete mellito, come lo dimostra un casi riferito dall'A.

Questo rende probabile, dal punto di vista clinico, che il diabete renale ed il diabete mellito abbiano una comune patogenesi. Dato il differente comportamento della soglia renale nelle due forme, l'A. intende in un prossimo lavoro stabilire se ciò costituisca veramente un fattore sufficiente di distinzione.

F. TOSTI.

Considerazioni intorno a sei casi di diabete normoglicemico.

B. Salotto (*Archivio per le Scienze mediche*, ottobre 1938) riferisce sei casi di diabete normoglicemico, le caratteristiche fondamentali del quale, come è noto, sono le seguenti: 1) glicosuria; 2) glicemia normale o subnormale; 3) abbassamento della soglia renale; 4) normale andamento della curva glicemica da carico di zucchero; 5) aumento della glicemia capillare e non di quella venosa dopo carico di zucchero; 6) resistenza all'insulina; 7) mancanza di quei sintomi che caratterizzano il diabete mellito come per es. la poliuria, la polidipsia, la polifagia, il dimagramento, l'acidosi, ecc.

Dei sei casi riferiti dall'A. i primi tre sono tipicamente casi di diabete renale vero; così pure il quarto ma l'osservazione di esso è stata troppo breve. Invece gli ultimi due casi sono delle glicosurie normoglicemiche temporanee e secondarie ad atti operatori, probabilmente per azione del trauma operatorio o meglio per l'azione dell'anestesia.

Se si eccettua il primo caso in cui fu rilevato un certo stato di vagolabilità, negli altri casi non furono riscontrate quelle relazioni tra soglia renale, costituzione vagostenica e stato degli elettroliti del sangue che molti Autori, e specialmente il Pende, mettono a base dell'etiopatogenesi del diabete renale.

F. TOSTI.

Saggi di terapia vitaminica del diabete mellito. Esperimenti con la vitamina C.

L. Cannavò e G. Ortoleva (*Rivista sanitaria siciliana*, 15 ottobre 1938) hanno eseguito una serie di saggi terapeutici vitaminici in alcuni infermi diabetici servendosi delle vitamine B, B_1, B_2 e B_1 e C associate.

In questa nota riferiscono i risultati ottenuti in seguito a somministrazione di vitamina C, sotto forma di iniezioni quotidiane sottocutanee per un mese di 200 mgr. di Cebion Merck o Cantan Bayer. In tutti gli infermi così trattati e accuratamente seguiti dal punto di vista del ricambio dello zucchero gli Autori hanno notato una graduale diminuzione del tasso glicemico e della glicosuria, la quale finì, in alcuni casi, per scomparire addirittura.

F. TOSTI.

Osservazioni sull'ipopituitarismo.

H. Zondek (*Acta Medica Scandinavica*, fascicolo V, 1938), dopo brevi ed interessanti osservazioni sui caratteri generali degli adenomi ipofisari, descrive 8 casi di sindrome ipofisaria, in 5 dei quali era dimostrata radiologicamente una sella turcica ingrossata; in tre una sella turcica piccola. Non vi è differenza fra la sintomatologia dimostrata dai due gruppi di casi.

All'A. sembra probabile che l'insufficienza ipofisaria dei pazienti con ipofisi ingrandite sia la conseguenza di un adenoma cromofobo ritenendo egli che le cellule cromofobe siano

una forma latente ed inattiva, senza funzione ormonale, essendo attive solo le cellule eosinofile e basofile.

Per una esatta diagnosi degli stati di insufficienza ipofisaria è necessaria una certa familiarità con gli stadi precoci e con le forme fruste della malattia.

I sintomi precoci dell'ipopituitarismo sono costituiti spesso da cronica ipertensione endocranica con parallela cefalea, tendenza alla obesità, irregolarità mestruali, amenorrea e diminuzione della libido, debolezza generale ed ipotonia del sistema muscolare.

Nella grande maggioranza dei casi osservati, i pazienti erano di sesso femminile.

IANDOLO.

Per la terapia della malattia di Simmonds.

G. Straube (*Klin. Wschr.*, 16 luglio 1938) in due pazienti affette da cachessia di Simmonds non ha ottenuto alcun miglioramento con i preparati di lobo anteriore dell'ipofisi. L'aggiunta di preparati di lobo posteriore dell'ipofisi ha prodotto un arresto della rapida diminuzione di peso. Il compenso è stato ottenuto soltanto aggiungendo all'ipofisi totale preparati di corteccia surrenale. Il miglioramento è stato rapido e si è manifestato non solo con l'aumento del peso, ma anche con una modificazione delle reazioni psichiche.

M. NUNBERG.

La dieta nella diatesi urica.

S. Maugeri (*Soc. lombarda di med.*, 1° luglio 1938) mette in rilievo l'importanza del valore calorico della dieta nella produzione dell'acido urico. Gli esperimenti fatti su varie persone, di cui riporta i risultati, dimostrano che somministrando una dieta ricca di purine e povera di calorie si ha aumento dell'ac. urico nel sangue come nell'urina, mentre riportando gli stessi individui a dieta normale mista l'acido urico ritorna al livello precedente, l'interessante è poi che tali valori si mantengono allo stesso livello, od anche inferiore, se contemporaneamente alla dieta iperpurinica, si dà anche una dieta ipercalorica.

Ne risulta che la formazione di acido urico è minore se la dieta ha un alto valore energetico, il che ha importanza nella prescrizione della dieta. La spiegazione del fatto non è agevole; l'A. pensa alla possibilità che la dieta ipercalorica favorisca la sintesi dei nucleoproteidi, togliendo così del materiale per il ricambio purinico. Le conclusioni sarebbero importanti perchè tenderebbero a modificare le diete finora usate.

fil.

Relazioni fra l'avvelenamento da selenio e la pellagra.

Rohan-Barondes (*La Presse Médicale*, 6 febbraio 1937) ha constatato che la sintomatologia da avvelenamento da selenio negli animali è molto simile a quella della pellagra nell'uomo e nel cane. In ambedue i casi si riscontrano turbe gastro-intestinali, disordini mentali e nervosi che terminano spesso con la demenza completa; in ambedue i casi si hanno sintomi cutanei dopo esposizioni alla luce viva del sole, in primavera ed estate; nei mesi di autunno la pelle comincia a cadere e all'inizio dell'inverno compaiono delle superfici atrofiche e pigmentate, in specie sulle parti scoperte. Sia i pellagrosi che gli animali avvelenati con selenio emanano poi un caratteristico odore, dovuto probabilmente al carbonio di-selenitico o metil-selenitico, simile a quello dei ravanelli marci. L'A. deduce da tutto questo che la pellagra non deve essere ritenuta una malattia da carenza vitaminica, come generalmente si fa (tanto più che la terapia vitaminica è poco o nulla efficace), ma piuttosto come una tossicosi cronica da assorbimento, attraverso l'apparato digerente, di una sostanza simile al selenio. Infatti la pellagra è favorevolmente influenzata da una alimentazione con cibi ricchi di zolfo, come appunto avviene negli animali avvelenati da selenio. Sarebbe perciò necessario analizzare gli alimenti, le piante e il suolo delle regioni pellagrose per determinarvi la presenza di sostanze tossiche tipo selenio; queste agirebbero o come una catalisi ossidante, causando la distruzione di alcuni costituenti di alimenti essenziali mediante l'ossidazione, oppure impedirebbero l'assorbimento, l'assimilazione o l'utilizzazione dei costituenti essenziali del nutrimento. Benchè la quantità di queste sostanze tossiche possa essere piccola, la ingestione lunga e continua e il conseguente accumulo di esse nell'organismo porterebbero ad una tossicosi grave specie negli individui che le tollerano male.

F. TOSTI.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

Il "dolore elevato" negli emoperitonei di origine genitale.

B. Sorrentino (*La Clinica Ostetrica*), ottobre 1938, riferendo due casi tipici di « dolore elevato », cioè di irradiazione dolorosa in alto verso il torace, in seguito ad emoperitoneo, riafferma l'importanza di tale sintoma nelle inondazioni ematiche endoperitoneali, sia di origine extrauterina che di origine uterina. Il dolore elevato ha queste caratteristiche: può essere *diffuso* e l'inferma avvertire dolore alla regione epatica, sternale, laterale destra del collo, sopraclavicolare, scapolare destra, braccio destro o può essere viceversa *limitato* alla sola regione epatica o sterno cervicale; può essere *bilaterale* o invece, come accade ordinariamente, *unilaterale;* può essere *precoce* e violentissimo sì da dominare la scena ed essere spontaneamente denunciato dalla donna o invece *tardivo* e non molto intenso tanto che bisogna ricercare il sintoma con l'interroga-

torio. Il dolore ordinariamente cessa dopo l'intervento chirurgico; si può esacerbare col riscontro vaginale.

Circa la patogenesi di tale dolore elevato l'A. espone le varie concezioni degli autori che se ne sono occupati e pensa che esso può avverarsi per stimolazione diretta del plesso diaframmatico inferiore da parte del versamento ematico, ma molto più spesso riconosce una conduzione nervosa simpatica, come è dimostrato dal fatto che il dolore elevato è presente anche nei versamenti limitati alla sola pelvi e dal fatto che il dolore elevato compare o si accentua durante il riscontro vaginale o con la palpazione addominale. F. TOSTI.

MEDICINA PREVENTIVA

Profilassi delle complicanze del morbillo.

P. Ritossa, (*La Pediatria*, 1° ottobre 1938) studiata la frequenza delle complicanze nel morbillo in rapporto con le condizioni epidemiologiche, igieniche ed ambientali e in rapporto con l'età, rileva che le complicanze respiratorie del morbillo sono molto più frequenti nell'età infantile, con un massimo di frequenza nell'età del lattante, mentre nelle età ulteriori prevalgono le complicanze a carico dell'orecchio e quelle a carico di altri apparati. La causa più frequente di morte dei morbillosi è risultata però essere la complicazione polmonare e broncopolmonare, il cui agente etiologico è per lo più il pneumococco di Fraenkel.

In base a tali considerazioni l'A. ha praticato in 588 morbillosi indenni da complicanze broncopolmonari la profilassi immunitaria di dette complicanze mediante il trattamento con vaccini pneumococcici polivalenti.

L'A., in base ai dati statistici, conclude che la profilassi pneumococcica così praticata porta ad una diminuzione rilevante delle complicanze più gravi del morbillo, cioè di quelle dell'apparecchio respiratorio, un più favorevole decorso di quelle insorte e conseguentemente una riduzione notevolissima della mortalità tra i morbillosi trattati. In base a tali risultati l'A. consiglia la pratica della profilassi vaccinica antipneumococcica, fin dall'inizio della malattia, nei morbillosi, specie nei bambini piccoli. F. TOSTI.

NOTE PRATICHE.

La rottura del termometro introdotto nel retto.

È un inconveniente che accade, specialmente nei bambini, molto più spesso di quanto possa dedursi dalla letteratura in proposito. L'asportazione delle schegge non fatta a dovere per mezzo di strumenti può provocare delle complicazioni che in qualche caso hanno dato la morte. A. Peiper (*Kinderärtzl. Praxis*, 1938, n. 7) raccomanda in tali casi di fare un piccolo clistere di 20 cmc. di glicerina; ne consegue che, per via riflessa, lo sfintere si rilascia, sicchè le schegge ed il mercurio vengono facilmente espulsi. Invece, nei tentativi di allontanare tali schegge mediante strumenti, lo sfintere sempre per via riflessa si contrae, donde il pericolo di lacerazioni. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Lo stato attuale delle nostre conoscenze sulla natura chimica del principio antipernicioso del fegato.

M. Saviano (*Rassegna di Fisiopatologia clinica e terapeutica*, settembre 1938), riassume le conoscenze finora acquisite nella loro naturale successione, riguardo alla natura chimica del principio antipernicioso del fegato e da esse deduce come più probabile conclusione che il principio antianemico sia costituito da un polipeptide che contiene certamente aminoacidi pirrolidinici: prolina e derivati.

L'A. ricorda anche i rapporti tra i principi antipernicìosi del fegato e quelli dello stomaco; in questo il Castle distingue il fattore intrinseco presente nel succo gastrico (estratto da Wilkinson e Klein che le dettero il nome di emopoietina) ed il fattore estrinseco presenta negli alimenti particolarmente nella carne. Perciò la deficienza del principio attivo antipernicioso che si manifesta nei malati di m. di Biermer può dipendere da tre diverse alterazioni: 1) mancanza di emopoietina nello stomaco; 2) carenza di fattore estrinseco negli alimenti; 3) diminuzione dell'assorbimento o distruzione nell'intestino del prodotto della interazione dei due fattori, che sarebbe appunto il principio antipernicioso epatico, come vogliono alcuni Autori benchè ciò non possa essere affermato con sufficiente sicurezza. F. TOSTI.

VARIA

Per la italianità del linguaggio medico.

Fra le parole d'origine o di imitazione straniera che da qualche tempo hanno fatto il loro ingresso nella nostra letteratura scientifica, ve n'è una — comoda ma brutta — ed è l'aggettivo *tissurale*, mal derivato, com'è facile scorgere, dal francese *tissulaire*.

La lingua italiana non è forse così pieghevole come la francese all'aggettivazione dei sostantivi; ma sembra a me che nel caso speciale, se un aggettivo deve proprio essere fabbricato dalla parola *tessuto*, in lingua nostrana si potrebbe ben dire *tessutale*, che non è molto più brutto di *tissurale*, ma che sarebbe un po' più italiano, anche se non dovesse mai venire accolto nei lessici ufficiali della nostra lingua.

G. STRADIOTTI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Lo stato giuridico dei sanitari nel nuovo ordinamento ospedaliero.

Avrò occasione di esaminare, in questa rubrica di note informative, alcune delle disposizioni più importanti concernenti l'ordinamento dei servizi sanitari e il personale degli ospedali: R. D. 30 settembre 1938 n. 1631. Nella prima fase di attuazione interessa precisare specialmente *lo stato giuridico* risultante dalle nuove disposizioni e le norme di diritto transitorio che regolano la condizione dei sanitari già in servizio.

Dispone l'art. 18: « I sanitari, fatta eccezione per gli aiuti, gli assistenti, la ostetrica-capo e le ostetriche, acquistano la stabilità dopo un biennio di prova, trascorso il quale l'Amministrazione ospedaliera, entro il termine *massimo* di sei mesi, provvede alla nomina definitiva o alla dimissione. La deliberazione di dimissione deve essere motivata genericamente.

« I sanitari che hanno acquistato la stabilità rimangono in carica fino al raggiungimento del 65° anno di età. Le ostetriche-capo possono rimanere in carica fino al 50° anno di età.

« Tutti i sanitari possono essere dimessi prima dei termini suindicati per constatata inabilità fisica o per incapacità professionale o per soppressione di posti o per qualunque altra causa prevista negli ordinamenti dell'ente ospedaliero ».

Queste norme regolano la condizione giuridica dei Sopraintendenti (eccettuata la ipotesi dell'esercizio di funzioni per incarico), dei direttori e dei primari.

Il periodo di prova ha inizio dalla data dell'*effettiva assunzione del servizio* in base a regolare nomina, deliberata per concorso pubblico, cioè col procedimento che, salvo casi eccezionali, è normale e necessario.

La determinazione del momento dal quale ha effetto il servizio, utile alla prova, è conforme ad un criterio costante e tradizionale, sicchè questo punto di partenza si può considerare fuori di discussione.

La stabilità non si può perfezionare prima che siano decorsi due anni di servizio continuativo; anche se l'ente voglia riconoscerla e attribuirla. Le interruzioni temporanee (aspettative, congedi, assenza per qualsiasi motivo) non son causa di discontinuità giuridica: il periodo di prova prosegue e il tempo trascorso senza prestazione di servizio, per aspettativa, congedo, ecc. è valutabile: la interruzione è anzi un elemento della prova, un modo di essere dell'esperimento che sarà poi valutato nel suo insieme.

Ma il rapporto non si stabilizza *ope legis*, cioè per la sola scadenza del termine. Decorsi due anni, l'Amministrazione deve deliberare la nomina definitiva o la dimissione. È, quindi, necessario un atto amministrativo: se positivo, si perfeziona la stabilità; se negativo, il rapporto si risolve.

L'art. 18 stabilisce un termine di sei mesi e lo qualifica *massimo*: destinataria di questa prescrizione è l'Amministrazione ospedaliera. Se il termine decorra e l'ente rimanga inattivo, cioè non manifesti una volontà (nè positiva, nè negativa), quale sarà la conseguenza? Si potrà ritenere che, scaduto il termine, non sia più possibile esercitare il potere di dimissione e, quindi, il rapporto d'impiego si stabilizzi almeno indirettamente?

A questa conclusione condurrebbe logicamente la considerazione degli effetti del termine che limita l'esercizio del potere di licenziamento: termine massimo (per espressa disposizione dell'art. 18) e, quindi, destinato a fissare il limite oltre il quale un'attività non si può svolgere legittimamente. Ma la stessa disposizione condiziona la stabilità ad un atto positivo di *nomina definitiva*. Sino a quando questa volontà specifica, risultato della valutazione del servizio, non sia manifestata, *manca l'atto che può rendere stabile il rapporto d'impiego*. La inosservanza del termine può essere causa di richiami gerarchici e anche di sanzioni amministrative; ma non ha lo effetto di stabilizzare il vincolo costituito dall'ente ospedaliero. Si può anche ritenere che la violazione del dovere *di fare*, cioè di manifestare una volontà entro un termine massimo, destinato a proteggere anche l'interesse dell'impiegato, sia fonte di danno risarcibile, in quanto il ritardo cagioni un pregiudizio o dell'obbligo di corrispondere una indennità a chi sia costretto a rimanere, per colpa dell'amministrazione, in condizioni di incertezza; ma sembra che sia da escludere l'effetto positivo *della stabilità*.

La dimissione — soggiunge l'art. 18 — deve essere motivata genericamente. Ritorna così una formula ormai entrata nell'uso, malgrado inconvenienti gravissimi che dalla indeterminatezza derivano, quando si proceda all'applicazione pratica. Che significa motivazione generica? Se ne è discusso tanto. La giurisprudenza si affatica a trovare una soluzione rettilinea, ma è costretta a vagare verso soluzioni dispesso divergenti nei singoli casi concreti. Difficile è la condizione delle Amministrazioni: se specificano fatti, la deliberazione è considerata illegittima perchè può cagionar pregiudizio all'impiegato e non corrisponde alla volontà della legge che richiede una motivazione soltanto generica e quindi non specifica. Se si limitano ad affermazioni generiche (non ha

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

corrisposto alle aspettative dell'Amministrazione; l'esperimento è fallito e simili) in realtà non motivano, perchè queste affermazioni quasi astratte, adattabili a qualunque caso e a qualsiasi persona, e assolutamente incontrollabili, non hanno un contenuto comunque apprezzabile: spesso si risolvono in vere e proprie tautologie; sempre valgono zero. Meglio sarebbe ometterle del tutto.

Più grave è la condizione dei sanitari, esposti al rischio di un licenziamento assolutamente incontrollabile. Mi riferisco anche ai medici condotti. Superate le difficoltà e le alee del concorso, assunto l'ufficio, stabilita la dimora propria e della famiglia in un Comune, creata una situazione di lavoro, questi impiegati, al termine del periodo di prova, possono essere licenziati senza motivo o con affermazione verbale che serva soltanto a dissimulare la mancanza di motivi. Ciò, s'intende, non accade di frequente; ma può accadere. Le Amministrazioni sono rappresentate da uomini soggetti ad errare.

La genericità è difesa per un antico pregiudizio, disceso sin dalla prima elaborazione della legge 1904; si disse allora, e si è poi ripetuto, che la motivazione potrebbe cagionare danno alla estimazione e alla futura carriera del sanitario. È meglio, quindi, che qualsiasi apprezzamento sfavorevole rimanga nell'ombra. È un pregiudizio — dicevo — perchè *l'atto stesso* del licenziamento, motivato o non, è indice di un esperimento fallito e di un giudizio sfavorevole: il pregiudizio eventuale deriva, in realtà, dalla deliberazione che risolve un rapporto d'impiego per cattiva o non soddisfacente prova. Non essendo indicati i motivi, sono aperte le vie a tutte le ipotesi: anche a quelle che non corrispondono alla realtà e possono aggravare la situazione del sanitario. Per altro, la specificazione del motivo (non disciplinare) è un freno che, in molti casi, *contiene e modera* l'attività amministrativa e rende possibile il controllo, cioè la difesa. Questo interesse, connesso alla funzione preventiva e repressiva che si esercita sugli atti amministrativi per effetto dell'obbligo della motivazione, è prevalente alla preoccupazione di cagionare maggior pregiudizio se si dichiari, per es., che il medico è stato poco zelante, che ha dimostrato deficienze di iniziativa, esuberanze, ecc. Certamente non si potrebbe attribuire senza contestazione un fatto disonorevole o comunque disciplinarmente valutabile; ma si possono indicare apprezzamenti di insieme, che abbiano qualche contenuto controllabile.

L'art. 18, stabilendo l'obbligo della motivazione generica, lascia la situazione che trova in atto, per altre categorie di sanitari. È da sperare che le norme dei regolamenti locali o successive disposizioni generali, risolvano meglio questo difficile problema o quello più largo del periodo di prova. Le cause e le possibilità di licenziamento per inidoneità sono tante e i poteri dell'Amministrazione sono così intensi che la necessità di un esperimento preliminare, quando specialmente l'impiego sia assunto in base a concorso pubblico, è molto attenuata, se non eliminata. Le garanzie preventive e i poteri repressivi sono tali che garantirebbero a sufficienza l'interesse amministrativo, pur senza periodo di prova o con attenuazione dei poteri di licenziamento per fine dell'esperimento.

Si consideri che i nuovi ordinamenti hanno stabilito limiti di età rigorosi. Se siano superati, è preclusa la partecipazione ad altri concorsi, non essendo rilevante il servizio anteriormente prestato sia pure nella condizione di titolare.

Le conseguenze del licenziamento per fine del periodo di prova possono essere gravissime.

L'art. 18 stabilisce un limite di età massimo: 65 anni. La stabilità, quindi, protegge sino a questo termine; poi il sanitario deve essere dispensato dal servizio. Questa norma imperativa si applica anche ai rapporti in corso.

Sono previste le cause di cessazione del rapporto d'impiego stabile, oltre quella dipendente dal limite di età. *a*) Inabilità fisica. Deve essere constatata — dice l'art. 18 — cioè contestata all'interessato e poi accertata. *b*) Incapacità professionale: logicamente si osserva il medesimo procedimento; ma per questa causa la discrezionalità di valutazione è maggiore. *c*) Soppressione di posto. Valgono in questo caso le norme comuni: la soppressione deve essere effettiva, giustificata e la dispensa deve dipendere da quella come l'effetto dalla causa. Se fosse deliberata per fini personali o, in genere, per causa illegittima, sarebbe invalida. L'art. 18, infine, lascia alle Amministrazioni di determinare altre cause, entro i limiti, s'intende, che risultano dall'ordinamento generale e dai principî di diritto pubblico. Fra le norme riservate ai regolamenti locali sono quelle concernenti le sanzioni disciplinari.

Nel corso della esplicazione del rapporto d'impiego, i sanitari ospedalieri possono esercitare liberamente la loro attività professionale: questa regola è rafforzata da un divieto e da due eccezioni. L'art. 19 vieta alle Amministrazioni di limitare l'attività professionale. L'eccezione si riferisce invece al sopraintendente e al direttore sanitario, ai quali è vietato l'esercizio della professione.

Al personale sanitario di ruolo degli ospedali di prima e seconda categoria è vietato di « occupare altri posti di ruolo presso altri enti pubblici, ospedali o cliniche universitarie o risiedere fuori del Comune ove ha sede l'Ospedale ». Questo divieto non esclude la possibilità di incarichi temporanei e comprende anche le prestazioni di fatto, cioè senza rego-

NELLA VITA PROFESSIONALE.

***Seguito*: Politica Sanitaria e Giurisprudenza:**

lare nomina: in altri termini, è vietato esercitare funzioni inerenti a posti di ruolo, per incarico assunto sotto qualsiasi forma e per tempo indeterminato ma presumibilmente duraturo. Sono eccettuati, come ho detto, i semplici incarichi temporanei, per determinate prestazioni.

Gli aiuti e gli assistenti non acquistano la stabilità dell'impiego, non sono cioè titolari di un rapporto destinato a permanere indefinitamente sino al limite massimo di età, salve cause legittime di risoluzione anticipata. Per ovvie esigenze dipendenti dall'ufficio non autonomo ed essenzialmente temporaneo ad esso affidato, l'aiuto è assunto in servizio per un quadriennio e, previa autorizzazione del Prefetto, può essere confermato per uguale periodo massimo: poi o si ascende o si è eliminati. Per le medesime esigenze, la durata dell'impiego dell'assistente è limitata a due anni, normalmente, e a quattro anni al massimo.

Durante questo periodo gli aiuti e gli assistenti hanno uno stato giuridico protetto dalle norme dei regolamenti locali e dai principî generali del diritto; possono essere licenziati ma per causa legittima, e con la osservanza delle comuni garanzie.

Medici per l'A. O.

Signor Direttore,

Dal quotidiano « La Tribuna » sotto il titolo « I trecento » è stato pubblicato, e diversi quotidiani hanno riprodotto la notizia, che ai concorsi indetti dal Ministero dell'Africa Italiana per 300 posti di medico condotto, alle seguenti condizioni: 3000 lire di stipendio mensile, 25 mila lire di premi, con impegno di permanenza biennale in A. O., soltanto 40 sanitari hanno concorso, e 14 appena hanno a tutt'oggi preso l'imbarco.

E il giornale si domanda: o non esistono medici disoccupati, contrariamente alle proporzioni allarmanti che si facevano circolare sulla disoccupazione in tale campo professionale, o esistono medici disoccupati che non hanno il coraggio di andare in Africa.

Una premessa è necessaria: l'Africa Italiana non deve essere la meta dei medici *disoccupati*, e come per i lavoratori là destinati si esigono muscoli validi e cuore sano, al medico deve essere richiesta una buona preparazione scientifica e piena coscienza della sua missione.

È vero che nella nostra categoria, accanto a quelli che sanno dignitosamente adattarsi a ristrettezze, e spesso a preoccupazioni economiche, ve ne sono altri portati a sciorinare le loro angustie, generalizzandole a tutta la classe medica, ma forse anche a questi, come ad altri giovani medici, non è il coraggio di andare in Africa che è mancato. La coscienza della impreparazione alla vita e alle funzioni coloniali ha certamente fatto declinare a molti di loro una sistemazione buona dal punto di vista economico, per quanto finora senza affidamenti di stabilità.

Il quotidiano di Roma dovrebbe aggiungere un'altra domanda: Non è giunto il momento che nelle Università Italiane sia reso obbligatorio per gli studenti l'insegnamento dell'igiene, della climatologia e della patologia coloniali, allo scopo di preparare debitamente, anche con successivi Istituti di Perfezionamento, le centinaia e centinaia di medici che occorreranno per la colonizzazione del nostro grande Impero?

Nel recente congresso dell'Istituto dell'Africa Italiana a Napoli, dopo una relazione del prof. Tommaselli sulla « difesa della razza e la protezione della maternità nell'Impero », veniva auspicato che ad ogni nucleo di famiglie di lavoratori stabiliti in Africa fosse addetto un medico particolarmente versato, per la sorveglianza della donna gestante, del periodo di allattamento, dell'allevamento del bambino nei primi anni di vita, allo scopo importantissimo di studiare i fenomeni inerenti all'acclimatazione nei tropici di soggetti nelle diverse età e nelle varie contingenze di vita e di lavoro.

È questo uno dei tanti problemi della colonizzazione africana ai quali i medici italiani dovranno portare il loro efficace, indispensabile contributo.

Ma la decisione a salpare verso il nuovo Impero non dovrà venir loro dal fatto che in Patria non trovarono occupazione e lavoro, ma dalla coscienza che una preparazione ben fondata in materia coloniale, li rende sicuri di poter esplicare in Africa la loro importantissima missione. Prof. F. Giugni.

Lugo (Ravenna).

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Nei giorni 20 e 21 dicembre u. s., presso il Ministero dell'Interno, si è riunito in adunanza generale il Consiglio Superiore di Sanità con l'intervento di S. E. il Sottosegretario di Stato all'Interno.

Prima di iniziare i lavori è stato commemorato S. E. il prof. Nicola Parravano, membro del Consiglio, scomparso nella scorsa estate, del quale sono state messe in rilievo le alte benemerenze per l'autarchia nazionale nel campo chimico.

Ha preso poi la parola il Direttore Generale della Sanità Pubblica, che ha riferito sullo stato sanitario del Regno e sulla efficienza dei servizi sanitari, illustrando con chiarezza e con efficacia le molteplici iniziative che, in ordine alle superiori disposizioni, si vanno realizzando nel Paese.

Particolare risalto hanno avuto le comunicazioni del Direttore riguardanti il riordinamento degli Uffici sanitari comunali, che troveranno nel più breve termine una disciplina adeguata alle funzioni demandate a questi gangli vitali dell'attrezzatura igienico-sanitaria del Paese; la nuova disciplina legislativa relativa alla attrezzatura tecnica ed al funzionamento degli ospedali ed istituti di cura ed i nuovi orientamenti nell'applicazione della vaccino-profilassi.

Si è poi passato alla discussione dei vari argomenti di cui al seguente ordine del giorno:

Progetto di regolamento speciale per la profilassi delle malattie infettive e sociali;

Progetto di regolamento di polizia mortuaria;

Progetto di regolamento degli olii e grassi animali e vegetali;

Progetto di regolamento per il latte alimentare ed i preparati di latte;

Progetto di regolamento per la sanità aerea;

Regolamento per l'esercizio professionale delle ostetriche;

Igiene delle vestimenta. Tenuta di lavoro;

Schema generale di classifica delle acque minerali autorizzate;

Igiene del lavoro. Visite mediche preventive agli operai soffiatori del vetro;

Regolamento per il funzionamento dei Laboratori d'igiene e profilassi in A. O. I. presentato dal Ministero dell'Africa Italiana;

Elenco nazionale dei medicinali da somministrarsi a poveri.

Alla conclusione dei lavori il Consiglio Superiore di Sanità ha tenuto ad esprimere il suo compiacimento per l'intensa attività innovatrice svolta con spirito fascista dal Ministero dell'Interno nel settore sanitario, e il Sottosegretario, nel ringraziare l'alto Consesso per la preziosa collaborazione, ha rivolto parole di viva lode al Direttore Generale della Sanità Pubblica ed al personale dipendente, che si adoperano con zelo e competenza per dare sviluppo alla lungimirante politica sanitaria voluta e diretta dal Duce.

Il C. S. S. e lo schema di classifica delle acque minerali italiane.

Si è riunita, presso il Ministero dell'Interno, la quarta Sezione del Consiglio Superiore di Sanità, ed ha preso in esame lo schema di classifica delle acque minerali italiane predisposto dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica. Tale schema, voluto dal Duce, rappresenta il primo tentativo compiuto in Italia per dare un indirizzo scientifico terapeutico al ricco patrimonio idrominerale nazionale. L'alto Consesso, nell'approvare lo schema, ha espresso il suo compiacimento nel seguente voto di plauso:

« La Sezione quarta del Consiglio Superiore di Sanità, considerato che il Ministero dell'Interno, al quale è demandata per istituto la suprema vigilanza sanitaria delle acque minerali del Regno, ha, per opera della Direzione Generale della Sanità, realizzato una classifica scientifico-pratica del patrimonio idrominerale della Nazione ai fini della sua migliore conoscenza e del suo più utile impiego;

ritenuto che tale classifica costituisce opera di rilevante interesse pubblico ed è sintesi feconda di un movimento di idee rivolto alla moderna valorizzazione terapeutica di un prezioso patrimonio naturale del Paese;

esprime la propria soddisfazione per la provvidenza che in armonia con le grandi linee della terapia e profilassi sociale risponde egregiamente ai fini della divulgazione pratica fra i medici di conoscenze d'interesse professionale, essenziali per l'impiego della terapia idrominerale ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

ASTI. *R. Prefettura.* — Scad. 10 febbr. Direttore del Reparto med.-micrograf. del Laborat. provinc. d'igiene e profilassi; L. 18.000 elevabili a L. 23.400 in 9 anni, oltre L. 5500 indenn. serv. att.; compartecipaz. Titoli ed esami. Chiedere annunzio.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Concorso a primario direttore dei Laboratori di Chimica biologica, di Microbiologia e di Microscopia; titoli ed esami; stip. L. 20.000; partecipaz. 4 %; il concorso è riservato ai sanitari di sesso maschile; età limite 45 a. al 6 dic.; titoli in 7 esemplari; tassa L. 50. Scad. 6 febbr., ore 17.

Concorso a primario anatomo-patologo; stesse condizioni, salvo le date 8 dic. e 8 febbr.

Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale di S. Martino).

LA SPEZIA. *Ospedale Civile « Vittorio Emanuele II ».* — A tutto il 16 gennaio 1939-XVII è aperto concorso per Primario specialista di Oftalmoiatria. Chiedere copia dell'avviso di concorso alla segreteria dell'ospedale.

Il Presidente: Avv. G. Viglione.

MISURATA. *Governo della Libia. R. Prefettura.* — Cinque condotte mediche; stipendi da L. 14.000 a L. 18.000; indenn. serv. att. L. 3000 e L. 3500; alloggio o indenn. alloggio; indenn. disag. residenza; mezzi di trasp. o indenn. di L. 3000-15.000; se incarico uff. san. L. 2000; se gestione ann. farm. L. 1000. Età limite a. 34. Le condizioni sono stabilite nel decreto 4 dic. 1938-XVII pubblicato sulla Gazz. Uff. del 9 dic. 1938-XVII. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla R. Prefettura. Scad. a 60 giorni dalla pubblicazione.

PALERMO. *Associazione contro la Tubercolosi.* — Primario tisiologo nel Sanatorio « V. Cervello »; L. 12.000 e 4 quadrienni dec.; vitto durante le ore di servizio. Esami e titoli. Età limite 40 a. al 5 dic. Scad. ore 12 dell'8 febbr. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria dell'Ufficio amministrativo, piazza Domenico Peragni 16 (ex Papireto).

PESARO. *Consorzio Provinciale antitubercolare.* — Posto di medico aiuto presso il Dispensario Provinciale di Pesaro; titoli ed esami; stip. L. 10.000. Età limite 40 a. al 12 nov. Tassa L. 50. Scadenza 15 gennaio 1939. Rivolgersi alla Segreteria.

SASSARI. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore del Consorzio e del Dispensario di Sassari; stip. L. 1500 mensili nette; età limite a. 40. Rivolgersi alla Segreteria, Palazzo del Governo.

TRIESTE. *Associazione Mutua fra Impiegati.* — Concorso per incarichi a medici specialisti: oculista, dermatologo, radiologo, stomatologo ed a stomatologo aiuto. Termine per la presentaz. delle domande: 4 febbraio. Rivolgersi alla Segreteria: via P. L. da Palestrina 3.

TRIPOLI. *Consorzio generale antitubercolare della Libia.* — Concorso per titoli ed esami a due posti di direttore di Dispensario, in Tripoli e Bengasi; età limite 45 a. al 15 dic.; stip. iniziale L. 16.700 e 4 quadrienni dec.; oltre L. 3700 indenn. serv. att., indenn. coloniali e altre eventuali indennità. Tassa L. 50. Chiedere annunzio alla Segreteria del Consorzio (Governo della Libia, Ispettorato centrale della Sanità Pubblica).

UDINE. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Scad. 31 genn.; direttore delle Sezioni dispensariali di Pordenone e di Codroipo; stip. L. 10.000; indenn. serv. att. L. 2000. Età limite 40 a. al 20 nov. Ulteriori informazioni del Consorzio.

VENEZIA. *Ospedali Riuniti Civili.* — Scad. 14 genn.; primario dermosifilopata; L. 6000. Titoli ed esami. Età limite 45 a. al 15 ottobre. Rivolgersi alla Segreteria.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli scientifici e pratici, concorso ad un posto di Medico Primario nell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Vercelli. Scadenza ore dodici del 15 febbraio 1939-XVII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Provinciale. Il Preside: BUSCA.

VICENZA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Per titoli ed esami. Aiuto Medico del Dispensario Provinciale, stipendio annuo L. 16.000, supplemento di servizio attivo L. 3000. Documenti di rito. Scadenza 30 gennaio 1939-XVII; chiarimenti alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Vicenza.

Concorsi a premi

« Premi Lepetit »

Il Comitato per la Medicina del Consiglio Nazionale delle Ricerche comunica che il termine per la presentazione delle domande di ammissione al concorso ai Premi di Laurea Lepetit, è stato prorogato al 28 febbraio 1939-XVII, al fine di consentire la partecipazione al concorso a coloro che conseguiranno la laurea nella sessione straordinaria del mese di febbraio.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

L'Accademia nazionale di medicina di Buenos Aires ha nominato accademico onorario straniero il prof. Cesare Frugoni, clinico medico di Roma.

La Società belga di medicina tropicale ha eletto membro corrispondente straniero il prof. Giulio Raffaele di Roma, in sostituzione del compianto prof. Giuseppe Franchini di Modena.

Il prof. Giovanni Razzaboni è nominato rettore dell'Università di Parma.

Sono nominati presidi di Facoltà mediche i proff.: Jader Cappelli a Firenze, Antonio Cazzaniga a Milano, Mario Pelagatti a Parma.

Il Senato accademico della R. Università di Modena, nella sua seduta del 3 dicembre, a norma dello Statuto della fondazione, ha conferito il premio « Riccardo Luzzatto » per l'anno 1938, destinato ad un lavoro o complesso di lavori nel campo della biochimica e della terapia sperimentale, al dott. Mannozzi Mannozzi Torini, per varie pubblicazioni di particolare interesse, riferentisi a studi sui tripanosomi.

Il prof. Constantin Daniel, dell'Università di Bucarest, è stato nominato dottore *honoris causa* dell'Università di Bordeaux.

Il dott. P. Wentrebert, professore onorario di fisiologia comparata alla Sorbona, è stato eletto membro dell'Accademia delle scienze di Parigi.

Il prof. A Baudvin, titolare della cattedra di patologia generale all'Università di Parigi, e il dott. Modrian, medico onorario dell'Ospedale di « Saint-Louis di Parigi, sono stati eletti soci dell'Accademia di medicina di Parigi, rispettivamente nella Sezione di biologia e nella Sezione di medicina.

Corrigenda. — I proff. A. Alessandrini, M. Dechigi e A. Giovanardi, sono stati nominati rispettivamente alle Cattedre di Igiene delle Università di Pisa, Modena e Siena.

NOTIZIE DIVERSE

L'Assemblea nazionale degli stomatologi.

L'8 dicembre, sotto la presidenza del prof. Raffaele Bastianelli, Commissario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, si è tenuta l'assemblea dell'Associazione Culturale Fascista Stomato-odontologica. Il prof. E. Forster, presidente dell'Associazione, ha letto un'ampia relazione trattando del programma svolto e da svolgere ed ha dato il vivo saluto ai proff. Bastianelli e Perna. Il prof. Bastianelli parlò sulla importanza della stomatologia, ricordando il compianto prof. Cavina.

Erano presenti oltre trecento soci venuti da ogni provincia fra i quali i proff. Beretta di Bologna, Palazzo di Pavia, Roccia di Torino, Briasco di Genova, Bracchetti di Milano, Manicardi di Modena, Morandi di Bologna, Quintarelli di Venezia, Grandi di Trieste, tutti i docenti di Roma ed i proff. D'Alise, Lippo, Zona, di Napoli, Catania di Messina, Armenio di Bari.

L'Associazione ha stabilito di pubblicare un suo organo ufficiale mensile dal titolo « La Stomatologia italiana ». Per dare maggiore importanza, prestigio e ricchezza di lavori scientifici, « La Stomatologia » e gli « Annali di Clinica odontoiatrica » ed altre riviste si fondono nel nuovo organo. Questo sarà pubblicato in Roma e ne sarà redattore capo il prof. Beniamino De Vecchis. Il giornale sarà inviato a tutti i soci che abbiano versato la quota d'associazione in L. 100. Per i non soci il prezzo di abbonamento è di L. 70. Rivolgersi, per le prenotazioni, a « La Stomatologia Italiana », Via Cornelio Celso 1, Roma.

La classe stomato-odontologica italiana fusa attorno ai suoi capi non potrà che avere un grande avvenire.

Come sede del prossimo Congresso, che si terrà nel settembre 1939, è stata scelta Napoli.

1° Congresso nazionale per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano.

Il giornale « Le Forze Sanitarie » del 15 novembre ha riprodotto e commentato le direttive che S. E. il ministro Lantini ha impartito al Sindacato nazionale fascista dei medici per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano. Il programma predisposto dal Sindacato nazionale sarà affidato per l'esecuzione alle Sezioni idroclimatologiche, in corso di costituzione presso tutti i Sindacati provinciali fascisti dei medici.

Del programma fa parte il « Primo Congresso nazionale per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano », che avrà luogo nei giorni 11 e 12 febbraio presso la Mostra autarchica del Minerale Italiano. Il Congresso è organizzato dal Sindacato nazionale fascista dei medici sotto la presidenza del Commissario Ministeriale Sen. Bastianelli e d'intesa con la Sottogiunta Congressi e Convegni della Mostra stessa.

Saranno presenti alla manifestazione tutti i componenti i direttori dei Sindacati provinciali fascisti dei medici, i componenti le Sezioni idroclimatologiche provinciali e numerosissimi medici da ogni parte d'Italia.

Saranno inoltre rappresentate al Congresso tutte le Stazioni termali italiane e le Stazioni di cura e turismo.

Gli argomenti che saranno trattati avranno carattere di assoluto valore pratico, perchè scopo del Congresso è quello di far conoscere ai medici pratici l'importanza della terapia idrominerale e di valorizzare quindi le stazioni di cura italiane che tante risorse medicamentose hanno nelle molteplici qualità di acque di cui è ricco il nostro suolo.

La trattazione degli argomenti è stata perciò affidata a clinici illustri, quali i professori Frugoni, Gasbarrini, Sabatini, Alfieri, Lucherini, Messini, Pisani, Valenti, Casagrandi, Vinaj, Botti, Silvestri, Zanelli, Pancrazio, Bertagnoni, Bocchetti, affinchè il medico pratico possa ricevere quelle norme che derivano dalla esperienza e dalla competenza acquisita dai clinici particolarmente versati in questo settore della terapia.

Al Congresso, che sarà presieduto dal sen. Bastianelli, interverrà S. E. Petragnani, Direttore generale della Sanità Pubblica.

Il Sindacato nazionale fascista dei medici invita perciò tutta la classe sanitaria italiana a partecipare al Congresso, che segna l'inizio del vasto programma di azione predisposto dal Sindacato e per la cui attuazione è necessario l'interessamento più vivo e fattivo dei medici.

Si tratta di un problema impostato nel piano della battaglia autarchica, che deve pertanto essere risolto rapidamente per dare incremento anche in questo settore alle nostre risorse nazionali.

I medici d'Italia sapranno compiere anche questo loro nuovo dovere.

Convegno interregionale di dermatologi.

Nella Clinica Dermosifilopatica dell'Università di Roma si è tenuta la seconda riunione della Sezione laziale-campana di Dermatologia. Vi hanno partecipato i più noti dermatologi del Lazio e della Campania ed un numeroso gruppo di specialisti.

La riunione è stata presieduta dal prof. Verrotti, direttore della Clinica Dermosifilopatica di Napoli, assistito dal segretario camerata dott. Carlo Fivoli dell'ospedale S Gallicano in Roma.

I proff. Meineri e Tarantelli di Roma hanno presentato alcuni pazienti affetti da dermatosi rare. Quindi i soci Meineri, Castellino, Oro, Fivoli, Santori, Libonati, Santoianni ed altri, hanno fatto delle comunicazioni scientifiche. È seguita una discussione alla quale hanno partecipato gran parte degli intervenuti.

Il congresso si è aperto e chiuso con un caloroso saluto al Duce.

Convegno veneto di radiologi.

Si è svolto a Rovigo il convegno triveneto della Società Italiana di Radiologia, presenti il Prefetto, il Federale e tutte le altre autorità e gerarchie e con l'intervento di numerosi radiologi delle Tre Venezie e dell'Emilia. Il convegno è stato aperto nel palazzo della Provincia dopo l'omaggio reso, nella Casa Littoria, al Sacrario dei Caduti per la Rivoluzione.

Prima che si svolgessero le comunicazioni scientifiche in programma, affidate ad illustri radiologi, è stato commemorato dal prof. Vespignani, di Trieste, Massimiliano Gortan, pioniere e maestro degli studi radiologici italiani.

Nel pomeriggio i radunisti si sono recati ad Adria ove hanno visitato gli scavi archeologici e i musei cittadini.

Convegno lombardo contro la tubercolosi.

Presso l'Ospedale sanatoriale dell'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale a Vialba, si è tenuto un convegno della Sezione lombarda della Federazione per la lotta contro la tubercolosi, in unione alla Società lombarda di medicina e chirurgia, allo scopo di trattare il tema: « Risultati a distanza e sociali della collassoterapia chirurgica nella tubercolosi polmonare ».

È stato anche inaugurato, nel salone-teatro dell'Istituto, un busto a Forlanini, opera dello scultore Kufferle; un degente dell'Ospedale ha pronunciato commoventi parole.

I lavori si sono svolti con la presidenza dell'on. Morelli, vice-presidente della Federazione per la lotta contro la tubercolosi, assistito dal segretario prof. Bocchetti e con l'intervento di molti soci. Il presidente della sezione lombarda della Federazione prof. L. Zoja, il segretario prof. Ronzoni e il direttore dell'ospedale di Vialba prof. Perin hanno salutato gli intervenuti. È seguita la trattazione dei vari argomenti. Il prof. U. Zandonini ha riferito sul tema: « La toracoplastica nella cura della tubercolosi polmonare »; il dott. E. Sale sulla frenicoexeresi; il prof. A. Perin su « La declinoterapia complementare della frenicoexeresi », e il prof. S. Rizzi sui « Risultati dedotti dalla pratica dispensariale nella frenicoexeresi, applicata alla cura della tubercolosi polmonare ».

I "Volontari del sangue,, inaugurano la nuova sede.

Nella ricorrenza del decennio di fondazione, l'Associazione volontari del sangue ha inaugurato a Milano i locali annessi all'Ospedale « Fatebenefratelli - Fatebenesorelle - Ciceri - Agnesi » in Corso Porta Nuova 23, dove sarà la sede della direzione nazionale, di quella provinciale e di quella comunale dell'Associazione. I locali sono stati donati, con il relativo moderno attrezzamento, dall'Ospedale stesso, dal Comune e dal prof. Prassitele Piccinini. Sono intervenuti il viceprefetto, i rappresentanti della Provincia, del Comune e del cardinale, il fiduciario del Gruppo « D'Annunzio » con la Consulta e il gagliardetto, circa 600 volontari, tra cui parecchie donne, di Milano e delle sottosezioni della provincia, magistrati, sanitari, invitati.

Il cappellano don Faini ha benedetto la lapide ai benefattori collocata nell'atrio; nel salone principale il direttore dott. Formentano ha illustrato gli scopi dell'Associazione che, sorta nel 1928, conta oggi un migliaio di soci generosi del loro sangue; sono stati poi distribuiti diplomi di benemerenza ai benefattori e ai soci che più si sono distinti nell'offerta. Infine sono stati visitati i nove bellissimi locali inaugurati, compresi i gabinetti e i laboratori; nonchè la moderna divisione otoiatrica, alcune divisioni mediche e gli impianti di cucina e guardaroba della nuova sede dell'ospedale. Fra le molte adesioni erano giunte quelle del Duca di Bergamo e del cardinale Schuster.

L'opera dell'Amministrazione ospedaliera di Milano.

Il Duce ha ricevuto a Palazzo Venezia il gr. uff. Massimo Della Porta, presidente del consiglio di amministrazione degli Ospedali Riuniti di Milano, il quale ha riferito sul completamento dell'imponente complesso dei nuovi edifici ospedalieri, che importano una spesa di L. 102 milioni, dei quali oltre 70.000.000 sono stati offerti dalla cittadinanza milanese.

Il nuovo grandioso ospedale è stato costruito per 1800 posti letto ed ha 400 camere di degenza. Le giornate di lavoro occorse per la sua edificazione ammontano a due milioni e la media giornaliera di operai occupati è stata di 1000.

Il gr. uff. Della Porta ha inoltre riferito al Duce sul miglioramento apportato dall'amministrazione ospedaliera al patrimonio agricolo. Dal 1937 ad oggi sono state costruite 290 nuove case coloniche con 880 locali di abitazione e sono stati riformati altri 100 locali. In totale 340 famiglie coloniche hanno avuto la loro sistemazione nei poderi dell'amministrazione.

Il Duce si è compiaciuto dei risultati raggiunti ed ha elogiato il gr. uff. Della Porta e tutti i suoi collaboratori.

L'assistenza sanitaria ai coloni dell'Agro Pontino.

Nella sede della Confederazione fascista dei lavoratori dell'agricoltura si sono riuniti il presidente dell'Opera Nazionale Combattenti e il presidente della Confederazione, presenti altresì il presidente e il direttore generale della Federazione nazionale delle mutue lavoratori agricoli di Littoria, allo scopo di assicurare la continuazione dell'assistenza sanitaria ai coloni dell'Agro Pontino. Con l'accordo raggiunto la Mutua sanitaria dell'Agro Pontino, potrà fornire ai coloni dell'Opera Combattenti oltre l'assistenza medica prevista dal patto nazionale, anche quella ostetrica e di specialità varie, nonchè i medicinali ad essi occorrenti.

In onore di Castex.

Il 26 novembre è stato solennizzato a Buenos Aires il 25º anniversario dell'insegnamento di Mariano A Castex; alla cerimonia intervennero il presidente della Nazione e vari ministri.

Per desiderio del festeggiato, non si sono pronunziati discorsi e la cerimonia è stata brevissima. La Comissione organizzatrice ha presentato la somma di centomila pesos (circa cinquecentomila lire it.) al Presidente dell'Accademia nazionale di medicina, per l'istituzione di un premio intitolato al Castex; all'illustre clinico egli ha presentato una medaglia d'oro. L'ambasciatore della Germania, barone von Ehermann, gli ha conferito la decorazione dell'Aquila tedesca di prima classe. Il prof. Palacio, in nome dell'Associazione di medicina interna, gli ha fatto omaggio del diploma di socio onorario e gli ha offerto il primo esemplare di un « Libro d'oro », in tre volumi, di un migliaio di pagine ciascuno, contenenti pubblicazioni in onore del Castex.

In memoria di Vassale.

L'Accademia Medica di Genova, presieduta dal prof. Sabatini, ha solennemente commemorato, in seduta straordinaria, il prof. Giulio Vassale. La rievocazione dell'opera e del contributo prezioso dato alla scienza dal Vassale, particolarmente nel campo della endocrinologia, è stata fatta dal prof. Paolo Fiori. L'oratore ha ricordato le importantissime ricerche del Vassale nel campo della fisiopatologia dell'apparecchio tireo-parati-

roideo ed inoltre i suoi studi sulle capsule surrenali che portarono alla chiara dimostrazione della loro duplice funzione midollare e corticale con importanti applicazioni terapeutiche dell'adrenalina.

Un po' dovunque.

La Società tedesca per lo studio della circolazione si adunerà il 25 e il 26 marzo a Bad Nauheim, nell'Istituto William G. Kerckhoff, sotto la presidenza del prof E. Edens di Düsseldorf. Temi principali: « Elettrocardiogramma » e « Terapia dell'insufficenza cardiaca ».

Il 5° Congresso dell'Associazione Medica Egiziana, unitamente al 2° Congresso medico panarabo, si terrà al Cairo dal 29 gennaio al 2 febbraio: Temi: l'igiene internazionale nei riguardi dell'Egitto e del prossimo Oriente; Chirurgia della malattia idatidea; Complicazioni chirurgiche del diabete; Dieta e malattie da carenza alimentare; Standardizzazione dei termini medici arabi; varia. Quota d'iscrizione: 1 lira egiziana. Rivolgersi al segretario generale dell'Associazione, prof. M. Khalil Bey, Kasr El-Aini Post-Office, Cairo (Egitto).

Il 9° Congresso francese contro la tubercolosi si terrà a Lilla dall'11 al 13 aprile.

Nella Clinica Oculistica di Pavia si è tenuto il Convegno interregionale della Società Italiana di oto-neuro-oftalmologia, al quale hanno partecipato numerosi professori di università straniere. Ai congressisti è stato offerto un ricevimento dal Municipio.

La Società medico chirurgica bergamasca si è adunata il 3 dicembre. Sono state fatte comunicazioni dai soci: G. Invernizzi, G. Panzeri, A. Trimarchi, L. Sassi.

Per interessamento del magnifico rettore della R. Università di Parma prof. Giovanni Razzaboni e del direttore della Propaganda Medico-Scientifica delle Regie Terme di Salsomaggiore, prof. Mario Varanini, incaricato dell'insegnamento della idrologia presso la stessa Università, avrà vita una Scuola di perfezionamento in idroclimatologia allo scopo di conferire il diploma di specialista, a norma degli Statuti e dei Regi Decreti. Le lezioni inizieranno in gennaio. Rivolgersi alla Segreteria dell'Università di Parma.

Un corso supplementare d'igiene per aspiranti alla carriera sanitaria si terrà nell'Istituto d'Igiene di Bari dal 13 marzo al 13 maggio; tassa L. 400; modalità consuete.

Il prof. Alfredo Bertragnoni, dell'Università di Milano, ha tenuto in Roma, al nuovo Teatro delle Arti, in via Toscana, il 22 dicembre, una lezione sindacale di cultura sul tema: « L'avvenire della medicina ».

Il prof. F. Bottazzi, accademico d'Italia ed emerito della R. Università di Napoli, ha tenuto, nel Salone Arcivescovile di questa città, una conferenza sul tema: « La vita come fatto biologico »; essa ha inaugurato una serie di conferenze dedicate ai professionisti cattolici.

Il prof. W. Tönnis, direttore della Clinica neurochirurgica dell'Università di Berlino, ha tenuto, per invito della Facoltà medica di Belgrado, due conferenze in questa città: una sulle indicazioni e le possibilità della neurochirurgia, l'altra sui tumori cerebrali della regione chiasmatica.

Il dott. Morais Sarmento, tenente medico della Marina portoghese, ha tenuto una conferenza al corso di guerra presso lo Stato Maggiore navale in Lisbona, sul servizio sanitario italiano in Etiopia, mettendone in risalto l'organizzazione perfetta e l'efficienza.

« La Presse Médicale » ha destinato molta parte del numero recante la data 21 dicembre, alla medicina greca; esso è copiosamente illustrato; contiene alcuni contributi di studiosi greci e descrive la Facoltà medica di Atene: si nota la magnificenza degli edifizi, in stile classico.

L'Università di Modena ha deciso di trasformare in cattedra di ruolo l'insegnamento di clinica delle malattie tropicali e sub-tropicali, finora per incarico.

Su proposta del Prefetto della Provincia di Catania, il Duce ha concesso un sussidio straordinario di L. 500.000 all'Ospedale Vittorio Emanuele di questa città. Al nuovo Ospedale di Chieti, in corso di costruzione, il Duce ha inviato una elargizione personale di L. 200.000. Venuto a conoscenza di alcune migliorie indispensabili all'Ospedale Morgagni di Forlì, il Duce ha elargito, a tale scopo, la somma di L. 450.000.

Il Sindacato provinciale fascista dei medici di Venezia ha formulato un voto circostanziato, per la ricostruzione dell'Ospedale civile di Venezia, in prossimità della testata del ponte autostradale tra Venezia e la terraferma.

Il Principe di Piemonte ha visitato a Torino l'Ospedale militare e la nuova sede della clinica ginecologica e della R. Opera di Maternità, sorta nella zona ospedaliera ed inaugurata il 28 ottobre.

La Principessa di Piemonte ha visitato a Napoli l'Ospedale Militare della Trinità e l'Istituto per lo studio e la cura del cancro.

Il Vicerè dell'A. O. I. ha visitato in Addis Abeba il laboratorio d'igiene e profilassi e l'istituto per lo studio della rickettsiosi, diretti dal prof. Mariani. Ha pure visitato l'ospedale « Duca degli Abruzzi », di recente molto ingrandito. Ha assistito allo scoprimento di un busto, in memoria del principe esploratore, scolpito in marmo bianco ricavato dalle vicine cave di Ambò.

Donna Rachele Mussolini ha visitato l'Ospedale Morgagni di Forlì.

S. E. Teruzzi, sottosegretario al Ministero dell'Africa Italiana, ha visitato in Aversa l'Ospedale per gl'infermi reduci dall'A. O. I.

Il 24 dicembre si è celebrata in tutta Italia la VI Giornata della Madre e del Fanciullo, esaltazione della maternità e della sanità della stirpe; si è proceduto a riti festosi e significativi e si sono distribuiti doni e premi di prolificità e di buon allevamento. L'O. N. M. I. ha assegnato 110.000 premi. A Roma la celebrazione ha avuto luogo al Teatro Adriano; è stata onorata dalla preserza della Regina Imperatrice.

La Principessa di Piemonte ha presenziato in Roma la consegna di corredini per neonati, fatta dalla Croce Rossa Italiana.

La Sovrana ha distribuito i doni natalizi ai ricoverati dell'Istituto « Regina Elena » per encefalitici.

Il 12 dicembre è stato solennizzato il 25° anniversario dell'attività scientifica e didattica di Vittorio Maragliano, pioniere e martire della radiologia (egli si è dovuto assoggettare all'amputazione di tre dita ed ha dovuto subire 14 interventi operativi, per trapianti cutanei). La cerimonia si è tenuta a Genova, nella sala della biblioteca degli Ospedali civili di San Martino. Nell'occasione si è pubblicato il volume commemorativo: « La scuola elettroradiologica genovese ».

In occasione della costituzione della Società di Medicina dell'Impero in Addis Abeba, l'ispettore generale di sanità del Ministero A. O. I., dott. Antonio Basile, ha rievocata la figura del camerata Del Favero, ispettore di Sanità del Governo dei Galla e Sidamo, recentemente caduto nell'adempimento del suo dovere, e quelle di altri quattro medici caduti nella battaglia, senior med. Bussi, s. ten. med. Cuiffo, s. ten. Zampieri e s. ten. med. Carlo Bussi, proponendo che al nome dei caduti siano intitolati altrettanti posti-letto presso l'Ospedale « Duca degli Abruzzi ».

Nell'Ospedale di San Giacomo in Augusta a Roma è stato organizzato il 5° corso annuale dal Sovrano Militare Ordine di Malta di medicina e chirurgia d'urgenza per missionari e missionarie. Il corso venne inaugurato il 3 dicembre.

Nei locali della Croce Rossa di Napoli, in via Cuna, si è svolta, il 14 dicembre, la cerimonia della consegna alla Principessa di Piemonte del diploma di grado superiore di infermiera volontaria della Croce Rossa, al termine del corso da Lei seguito all'ospedale militare.

Il dott. Corrado Conforto, medico della Direzione generale dell'I.N.A., ha tenuto a Venezia una conferenza sul tema: « La medicina preventiva ».

Il prof. Francesco Bonfiglio ha commemorato, all'Accademia Lancisiana di Roma, il compianto prof. Augusto Giannelli.

Il Gruppo assistenti universitari di Firenze ha redatto un esteso memoriale al Ministero dell'interno, sulle condizioni d'inferiorità fatte dal nuovo ordinamento ospedaliero al personale assistente delle cliniche, per accedere alla carriera ospedaliera.

Analogamente a quanto è stato stabilito per i componenti del Consiglio Superiore di Sanità e dei Consigli provinciali di Sanità, anche i componenti elettivi dei Comitati amministrativi dei Consorzi provinciali antitubercolari dovranno essere scelti fra persone che siano in possesso del requisito di coniugato.

Si è spenta a New York, in età di 75 anni, Maria Mallon, notissima tra gl'igienisti e anche tra i profani quale portatrice di tifoide (onde il nome di Maria la tifoide). Dopo essere stata riconosciuta responsabile di oltre cinquanta casi della malattia, di cui tre mortali, si potè convincerla, con molti stenti, alla contumacia in ospedale (nessuna legge vigeva che potesse renderne obbligatorio l'isolamento). Non si è riusciti, malgrado tentativi molteplici, a liberarla dei germi che diffondeva.

È morto a Copenaghen, in età di 72 anni il teologo Müller, che fu il promotore della ginnastica da camera. Un suo manuale è stato tradotto in venticinque lingue.

I giornali hanno dato ampie notizie sul presidente di una delle più importanti Ditte americane di medicinali, la « Mackesson & Robin », con capitale di 80 milioni di dollari (pari ad un miliardo e mezzo di lire italiane). Casualmente si è risaputo che egli era un antico truffatore, Philipps Musica; aveva assunto il nome fittizio di Donald Coster. Uno dei fratelli, col nome di George Vernard, faceva parte del Consiglio di amministrazione della Ditta; un altro, col nome di Dietrich, faceva da cassiere. Il presidente si è ucciso con un colpo di revolver.

L'Istituto Nazionale Fascista Assistenti Dipendenti Enti Locali (Roma, via Martiri Fascisti, 46, casella post. n. 1062) ha bandito un concorso per 75 assegni vitalizi da conferirsi agli impiegati e sanitari già alla dipendenza di Enti locali, nonchè alle vedove, agli orfani od ai genitori. Il concorso è scaduto il 31 dicembre 1938 (non ce n'è stata comunicazione; non ha avuto larga diffusione nella stampa).

Il 25 dicembre è deceduto a Milano il prof. Ambrogio Binda. Era nato a Como il 27 marzo 1870; per 34 anni prestò l'opera sua alla Poliambulanza di Milano, prima alla Sezione rachitici, poi come direttore, quotidianamente e gratuitamente per i poveri. Scoppiata la guerra, pur potendo essere esonerato per le sue condizioni fisiche, assunse servizio quale volontario. Dichiarato inabile nel 1917, tornò a Milano, ove alla Poliambulanza di via Arena ebbe occasione di curare il bersagliere Benito Mussolini. Ha poi presenziato i cinque duelli di Mussolini. Prese parte attiva al movimento fascista di redenzione dell'Italia ed ha coperto molte cariche. Da qualche tempo si era ritirato dalla vita attiva, in conseguenza della salute logorata.

Solenni esequie Gli sono state rese a Como.

M. P.

Per la morte del prof. Binda il Duce ha inviato il seguente telegramma:

« Federale di Milano. Morte del Camerata Ambrogio Binda mi è cagione di profondo cordoglio. Ho conosciuto ventidue anni fa, in via Arena, il suo bisturì sapiente e più tardi il suo grande cuore e la sua adamantina fede di Sansepolcrista. Le Camicie Nere milanesi ne onoreranno solennemente la memoria. — Mussolini ».

Il prof. Massimiliano Gortan, primario radiologo all'Ospedale Civile di Trieste, è stato ucciso, in età di 65 anni, da una formazione cancerosa polmonare, che da tempo minava la sua esistenza e che era stata provocata dai raggi X, cui egli si esponeva senza troppi riguardi.

Nato a Trieste, laureatosi a Vienna, era stato allievo di Holzknecht e aveva conseguito la docenza in radiologia medica a Bologna.

Nel venticinquennio della sua attività medica gli era stata conferita, quale decano dei radiologi italiani, una medaglia d'oro. L.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 2 sett. — VOGEL. Diagnosi dei tumori cer. — KEPP. Profilassi e terapia della mastite. — KOESICS e HASOKO. Trattam. dell'emofilia con ormone sess. femm.

Paris Méd., 3 sett. Oftalm., oto-rino-laringol., stomatol.

Med. Klin., 2 sett. — O. GRÜTZ. Chemioterapia della gonorr. — O. TICHLER. Trattam. dell'ipertensione.

Gaz. d. Hôp., 24 ag. — SCHLACHTER. Esiste una sindrome d'iperfunzione retro-ipofisaria?

Indian Journ. Med. Res., lug. — M. N. RAO. Vitamine C e ulcera gastrica. — H. E. SHORTT e al. Coltura del virus della denga. — N. N. RAY e G. C. DAS. Siero antitetanico ad alto titolo.

Rev. Neurol., lug. — G. VILLEY e al. Soluzioni ipertoniche nel trattam. dell'emicrania.

Journ. A. M. A., 20 ag. — D. MURPHY e J. W. RASTELLER. Glomerulo-nefrite acuta. — R. R. SAYERO e J. J. BLOOMFIELD. L'igiene industriale nella sanità pubblica. — M. L. BLATT e al. Rabbia.

Practitioner, sett. — Disordini sessuali.

Journ. Méd. Franç., lug. — Idrologia.

Presse Méd., 3 sett. — R. GRÉGOIRE. Phlegmasia caerulea dolens.

Forze San., 5 ag. — P. RONDONI. Fattori esterni della cancerogenesi. — U. ARCANGELI. Eredolue.

Rif. Med., 20 ag. — C. MASTROSIMONE. Elefantiasi dello scroto.

Giorn. di Cl. Med., 30 ag. — D. CAMPANACCI. Colecistopatie metagonococciche. — C. MATTIOLI-FOGGIO. Igroestesia.

Min. Med., 18 ag. — D. MOSCA. Epato-colangite settica ricorrente da « viridans »; guarig. — P. E. MASPES. Ipotensione intracranica.

Deut. Med. Woch., 9 sett. — REDEUZ. Diagn. precoce del carcinoma del collo e lotta contro il cancro.

Presse Méd., 10 sett. — A. CHALIER. Prevenz. e trattam. abortivo delle flebiti post-oper.

Journ. A M. A., 27 ag. — E. G. BANNICK e al. Tossicità del sulfanilammido e affini. — D. T. LOY M. W. HUSBAND. Durata dell'immunità antivaiolosa.

Riv. San. Sic., 1 sett. — M. MAZZEO e A. MARTINO. Inquinamenti esogeni dell'uovo di gallina.

Accad. Med., *mag.* — F. GERIOLA. Iperinsulinismo funzionale.

Paris Méd., 10 sett. — M. MARCHAL. Novità in radiologia cardio-aortica. — EDHEN. Misfatti e pericoli del pneumotorace art. nelle emottisi.

Riv. di Chir., lug. — P. MACCHI. Tumori del cordone spermatico. — F. MANDRUZZATO. Uso dell'urea nelle ferite cron. suppurate.

Med. Welt., 10 sett. — O. FISCHER. I bambini portati nei paesi caldi. — DRASCHER. Meticci colorati.

Med. Klin., 9 sett. — H. DEMME. Sequele di colpi al capo. — O. KAUDERA. Stadio preparalitico della poliomielite spinale.

Forze San., 30 ag. — V. GIORCELLI. Elettroencefalografia clinica. — A. OBERHOLTZER. Ormoni sessuali masch. sintet.

Ann. Inst. Pasteur, *sett.* — P. E. DAOY e J. C. LEVADITI. Ricerca del bacillo di Koch. — H. HECHT. Siero-diagn. differenz. di sifilide, blenorr. e tbc.

Minerva Med., 8 sett. — D. D'ANTONA e al. Vaccinaz. associata antitetanica-antitifica-paratifica. — G. OTTANI e D. ZANELLA. Sindrome anginosa ipertensiva in tbc. renale.

Cl. Chir., lug.-ag. — A. BILLI. Rotture pneumatiche dell'intest. — G. BENDANDI. Narcosi con etere riscaldato.

Presse Méd., 14 sett. — D. DANIELOPOLU. Tiroiditi endemiche e sporadiche.

Münch. Med. Woch., 16 sett. — P. MARTINI. Possibilità di trattam. dell'ipertens. genuina. — R. STAEHELIN. Agranulocitosi e panmielotisi.

Amer. Journ. Med. Sc., sett. — L. SCHIFF e al. Il principio emopoietico. — A. BIANCO e N. JOLLIFFE. L'anemia degli alcoolisti. T. CURPHEY e S. SALOMON. La funzione epatica nella polmonite.

Klin. Woch., 17 sett. — K. ERNST. La psichiatria nella medicina clinica odierna. — F. HAFFNER. Gli stimolanti.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 9 Gennaio 1939 - XVII — Num. 2

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica Generale e di Terapia Medica
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. C. FRUGONI.

L'ittero catarrale quale epatite allergica.

L'infiammazione allergica del fegato e delle vie biliari. Studio eziopatogenetico.

Prof. FERDINANDO CORELLI, assistente

(*Continuazione; vedi num. 51, anno 1938*).

Ittero ex emotione - Epatite ex emotione.

Esiste l'ittero ex emotione? Questa è la prima domanda da rivolgersi. Molti AA. non lo riconoscono, in molti trattati non è neppure ricordato. Per la grande importanza che questo tema ci sembra avere, noi faremo invece uno svolgimento piuttosto esteso. Generalmente al fattore emozione che talora è nettissimo, non si dà valore, lo si ritiene e per alcuni casi può esserlo, una coincidenza, una concausa, o un fattore coadiuvante.

Ciò fino ad un certo punto è comprensibile.

Finchè domina da sola la teoria infettiva o tossinfettiva dell'ittero catarrale, male si concilia il fatto che una emozione, seppure una forte emozione che lascia profondamente sconvolto il paziente (choc psichico), possa causare un ittero, cioè una malattia o una sindrome organica con le sue manifestazioni, col suo decorso anche lungo e conseguenze talora, benchè raramente, mortali.

Ma se noi vogliamo « pensare allergicamente » come ora diremo, questi casi si possono forse spiegare e si potrà dare una interpretazione unica, uguale in molti casi almeno, per l'ittero di origine alimentare, per quello da emozione e per quelli da chemioterapia, da sieroterapia, da raffreddamento, ecc.

Ciò non esclude, lo ripetiamo ancora, che fattori infettivi e tossinfettivi, parassitari possano essere in altri casi, più o meno direttamente in causa.

Entrando subito nella questione, molto delicata e difficile, quanto appassionante, vedia-

mo come si possa spiegare l'importanza del fattore psicoemotivo, dell'emozione, specialmente di emozioni tristi più che gioiose, dello choc psichico in genere.

Non è il luogo qui di discutere la teoria dell'emozione, la « teoria periferica » e la « teoria centrale» secondo le ipotesi di Williams James, di Lange, di Rémond, Sauvage, De Sanctis, Buscaino, Bianchi, Morselli, ecc.

Specialmente nel campo psichiatrico è discusso il problema dell'emozione e l'importanza di essa nell'insorgenza, di certi stati psicopatici. Risale già al 1909 la prima grande discussione al Congresso della Società di neurologia e psichiatria a Parigi. Molte ricerche sono state fatte nei soggetti che hanno presentato fenomeni reattivi da emozione, studio dell'equilibrio neurovegetativo (Giorgi, ecc.).

È nota l'importanza che emozioni, che particolari situazioni psichiche hanno nello « scatenare » vari fenomeni anche di ordine allergico. Vi sono chiari esempi di asma, di coliche, di emicranie, di eritemi, di diarree mucomembranose, di pruriti, ecc., ad insorgenza sotto uno stimolo emotivo. Si tratta in questi casi, per lo più di soggetti a distonia neurovegetativa, ma è proprio su questa base che si possono impiantare più facilmente i veri fenomeni allergici e quindi anche una eventuale ipersensibilità allo choc emotivo, allo choc psichico.

È vecchia nozione, anche popolare, non senza fondamento, che una arrabbiatura od una forte paura può far comparire l'ittero.

Già Valsalva e Morgagni ricordano l'ittero emotivo e poi molti altri, Bouillaud, Villeneuve. Potain, ecc. Sono state date interpretazioni che oggi hanno valore storico, il nostro Morgagni però pensava che « i patemi d'animo possono provocare l'itterizia per la loro azione nociva sui nervi dei vasi biliari e sanguigni del fegato, cioè sopra quel complesso cellulare cui spetta la formazione della bile »; con tale interpretazione Morgagni si avvicina mirabilmente al concetto attuale dell'epatite mettendo in evidenza l'importanza del complesso nervoso, di quello che costituisce il fattore neurovegetativo.

Marchiafava ha riportato tre casi mortali quanto mai interessanti di ittero emotivo, che esamineremo più avanti. Schacter e Nedler applicando il concetto della flocculazione di Lumière, il quale pure dà importanza all'emozione, ammettono che nell'ittero da emozione, in seguito ad uno choc colloidoclasico, i flocculati circolanti nell'organismo vadano a ledere la cellula epatica, donde l'ittero.

Nella nostra casistica che comprende più di cento osservazioni classificate nel « gruppo dell'ittero catarrale », l'emozione si trova nei precedenti diretti in una percentuale di circa il 15 % dei casi. Talora l'emozione è in così netto rapporto con l'inizio della forma morbosa e dell'ittero che non si può non dare ad essa, valore.

Ricordiamo brevemente alcuni nostri casi, illustrativi. In un ragazzino fino allora perfettamente sano e robusto, poche ore dopo un forte spavento, perchè giocando il calcio in luogo proibito era stato acciuffato da una guardia che lo voleva trascinare in prigione, comparve un tipico ittero della durata di un mese, con fegato all'ombellicale trasversa, con milza debordante 2 dita dall'arco costale.

Una donna, fino allora sana, dopo un forte spavento per aver visto il proprio bambino ruzzolare dalle scale, presentò subito stato generale alterato e dolori articolari vaganti che si giovarono del salicilato e durarono una diecina di giorni, dopo i quali, con discreto prurito, comparve l'ittero che durò circa un mese.

Una bambina di otto anni per una forte paura essendo stata trascinata via da una zingara, ebbe prima dolori articolari diffusi, vaganti, con febbricola per una settimana quindi ittero. Un ragazzo di 14 anni a carattere emotivo, una sera fu molto turbato avendo visto una donna morta nell'appartamento vicino al suo, dove rimase tutta la notte; per tutta la notte stessa non potè prendere sonno, ebbe diarrea e la mattina dopo era itterico.

Una giovane donna gravida al 4° mese in perfetto benessere fino allora, avendo visto il proprio bambino cadere da una tavola, ebbe un'emozione così forte che svenne, e si afflosciò; ripresasi dopo pochi minuti « non fu più quella di prima ». La mattina dopo era itterica e l'ittero durò quasi due mesi con epatomegalia notevole e dolori addominali discreti.

Un'altra donna, domestica, di 45 anni, anch'essa fino allora in perfetto benessere, vista la propria padrona cadere, mandando un grido acuto, da una scala che lei stessa avrebbe dovuto sostenere, e restare esanime al suolo, ebbe una fortissima paura. La mattina dopo era gialla. All'entrata in Clinica, pochi giorni dopo, aveva una bilirubinemia di 18 mgr. % ed uno stato generale molto alterato. Dalla nostra terapia ebbe un risultato ottimo.

Fra i nostri casi vi sono altri di questo tipo: così un uomo che aveva partecipato ad una lite violenta diventò itterico la mattina dopo;

un altro chè mentre correva in bicicletta per poco non era travolto da un grosso camion, ebbe un'emozione così forte da non poter più continuare la corsa, diventò astenico ed il giorno dopo era giallo. Oltre a questi è particolarmente interessante il caso di un nostro giovane collega che ha una familiarità con note nettamente allergiche: la nonna sofferente di orticaria e coliche epatiche, la madre di orticaria da fragole ed è lui stesso colpito da *orticaria*, *prurito* intenso e *febbre*, ogni volta che mangia uova crude (*allergia alimentare*). Orbene questo nostro amico e collega, a temperamento emotivo, presentò ben due itteri ex emotione: uno da ragazzo dopo essere stato bocciato ad un esame ed uno qualche tempo fa, subito dopo una forte emozione avuta in una corsa automobilistica durante la quale per poco non investiva un gruppo di persone e senza che in tale occasione avesse il minimo trauma fisico. È interessante poi notare che questo stesso soggetto presentò, negli anni di intervallo tra il primo e secondo ittero emotivo, alla improvvisa telefonica notizia della morte del padre, anche una diffusa eruzione di orticaria con prurito (orticaria ex emotione).

È evidente anche in questo caso il netto rapporto dell'ittero e dell'orticaria con le forti emozioni subite, orticaria che fu del tutto eguale a quella che abitualmente insorge dopo ingestione di uova. Risalta in questo caso, sia dal lato famigliare che personale, *l'importanza del terreno, del terreno allergico*, sul quale si è impiantata anche un'allergia alimentare. Ricordo pure il caso già citato del nostro paziente a più di trenta itterizie. Fu dopo una fortissima arrabbiatura, che lo lasciò « profondamente sconvolto » che comparve la prima itterizia, il primo episodio della lunga serie nella quale come si è detto, la maggior parte delle altre erano da precisa causa alimentare. Gli episodi itterici di origine emotiva furono complessivamente 4, sempre insorti poche ore dopo una arrabbiatura. Anche questi itteri erano « presentiti » sì che finita la lite e relativamente calmatosi, il paz. « aspettava » la comparsa delle urine scure e del giallo alle sclere, come l'« aspettava » dopo l'ingestione di quei dati cibi già detti.

Anche questo caso, come il precedente, è quanto mai interessante perchè ci mostra che, nello *stesso soggetto, due fattori, quello emotivo* e *quello alimentare* danno *l'ittero*, ed in uno anche l'orticaria, contemporaneamente.

Che cosa chiederci di fronte a simili casi? Dobbiamo considerare anche qui, in primo piano il fattore infettivo, o tossinfettivo? Dobbiamo pensare anche in questi casi così tipici che l'emozione costituisca una pura coincidenza, anche quando ripetendosi tale « coincidenza » si ripete pure l'ittero?

Che dei germi, per esempio nell'ultimo caso ricordato a multiple ripetizioni, sempre in rapporto con fattori alimentari o con l'emozione, possano ogni volta produrre l'ittero, non è evidentemente da pensare. Allora si produrrà, come da alcuno si ammette, sotto lo stimolo emotivo uno « spasmo » che sostiene l'ittero? Noi crediamo che *neppure il solo « spasmo »* delle vie biliari, dello sfintere di Oddi, ecc., di origine emotiva possa sostenere un ittero che può durare 1-2-3 mesi, assumere un decorso prolungato ed eventualmente passare alla sclerosi od all'atrofia giallo acuta o subacuta. Che cosa può allora avvenire? Dobbiamo a tal proposito ricordare quanto abbiamo già detto altrove a proposito dello « spasmo », dell'ischemia nella patogenesi della glomerulonefrite diffusa. A parte il fatto che se di solo spasmo si trattasse con antispastici, talora almeno, si dovrebbe giovare, ciò che praticamente non è, a parte il fatto che col solo, col semplice spasmo non si spiegherebbe la febbre che può esserci talora all'inizio, ed i fenomeni generali anche gravi che possono accompagnare il quadro morboso, ci sembra più convincente pensare che il *fattore « spasmo »* ci possa essere, più o meno evidente in determinati casi, ma debba essere interpretato come *uno dei componenti del fenomeno allergico, della infiammazione allergica*, in cui, come abbiamo prima detto, importantissimo è l'altro *fattore, l'essudazione*, l'essudazione nel fegato e nelle vie biliari (a seconda della varietà di ittero). *Di questi due fattori, specie del secondo, è da tener conto nella terapia*, sia dell'ittero da emozione che degli altri itteri che entrano nel quadro dell'ittero catarrale.

Ritornando alla discussione di prima perchè non chiederci, come già abbiamo fatto a proposito dell'orticaria da fattori alimentari, ed ittero-epatite da fattori alimentari, quale differenza passi, se non di localizzazione dello stesso fenomeno allergico, fra ittero da emozione e la ben nota orticaria da emozione? Abbiamo anche ricordato or ora la comparsa nello stesso soggetto, di due itteri da emozione alternatisi con orticaria pure emotiva.

* * *

Desidero a questo punto ricordare le osservazioni di Marchiafava che sono nei riguardi della nostra discussione quanto mai interessanti.

Nel primo caso, si trattava di un uomo di 38 a. che dopo una forte emozione ebbe febbre per tre giorni ed ittero cui seguì delirio, sopore e coma. In undici giorni di malattia andò all'exitus.

Nel secondo caso si trattava di una donna di 30 anni nella quale l'ittero comparve dopo una violenta emozione avuta per forti scosse di terremoto. L'ittero ebbe nel suo decorso un rapido improvviso aggravamento, con epistassi ed altre emorragie multiple, polso filiforme, oliguria, coma. All'autopsia si trovò oltre ad emorragie multiple e degenerazione grassa del cuore, la milza ingrandita, turgida e molle ed il fegato del peso di 1100 grammi, flaccido, le *vie biliari pervie*, la cistifellea con poca bile pallida ed i reni con manifesta degenerazione grassa.

L'esame microscopico del fegato mostrò in alcune zone degenerazione grassa delle cellule epatiche di cui si notavano in qualche punto i residui necrotici e dove la divisione dei lobuli era conservata si notavano frammenti di capillari biliari varicosi riempiti di bile intensamente colorata. In alcuni lobuli assieme a questi processi distruttivi c'erano segni di riparazione, gruppi di cellule di aspetto epiteliale con nucleo intensamente colorato, alcuni con i caratteri di mitosi.

Nel terzo caso si trattava di una donna di 45 anni che pure qualche giorno dopo una forte emozione che gravemente la scosse, fu colpita da dolori articolari, oliguria con albuminuria e cilindruria ed ittero, vomito, diatesi emorragica, delirio ed exitus in una diecina di giorni.

Il fegato, che non era diminuito di volume, presentava numerose isole miliariche di necrosi cellulare con degenerazione vacuolare dei nuclei cellulari nelle zone non necrotiche. La cistifellea con poca bile e le *vie biliari pervie*, milza di volume normale; nei reni necrosi e desquamazione degli epiteli dei tubuli contorti, infiltrazioni leucocitarie mononucleari periglomerulari e cilindri emorragici, granulosi epiteliali itterici nei tubuli retti.

Queste osservazioni sono per il nostro punto di vista oltremodo importanti: 1) per il netto rapporto dell'ittero con l'emozione; 2) per il decorso che mostrò il quadro dell'*ittero grave*, dell'atrofia giallo acuta, con vomiti, nausea, emorragie, turbe nervose, delirio, sopore, coma, morte; 3) per il reperto anatomopatologico, il primo riportato in casi di ittero emotivo, reperto che mostra note dell'atrofia giallo acuta. Questo confermerebbe che anche per fattori emotivi si può andare all'atrofia giallo acuta, all'exitus, (mentre si sa che un ittero da altre cause può per patemi d'animo passare a sua volta all'atrofia).

Degna di essere ricordata è anche l'osservazione di Stefanelli, interessante per il reperto operatorio. Si trattava di una donna di 41 a. la quale ebbe varie itterizie sempre insorgenti dopo emozioni; la prima a 14 anni, la seconda diversi anni dopo, alla fine della quinta gravidanza, ittero insorto dopo un litigio, con febbre dolori addominali e vomito. Molti anni più tardi, ancora dopo una forte arrabbiatura, insorsero dolori all'addome destro, conati di vomito, febbre ed ittero. Portata all'ospedale in condizioni gravi con ittero intenso ed accessi febbrili a 39°, alternati ad intervalli liberi di 4-5 giorni, a poco a poco migliorò, quando ancora dopo una nuova forte emozione comparve un forte accesso febbrile con brivido, dolori a tipo di colica epatica, l'ittero aumentò, e le condizioni generali s'aggravarono tanto che il chirurgo, decise di operarla. Orbene il fegato sembrò normale (non fu fatta biopsia), *non c'era la cistifellea*, (agenesia), non c'era la minima aderenza col duodeno, il dotto epatico ed il coledoco seguiti col dito non lasciarono sentire calcoli ed il chirurgo ebbe l'impressione che nel coledoco stesso non ci fosse bile.

Per noi anche questo caso è importante perchè:

1) ci conferma che, non solo l'ittero emotivo esiste, ma che può anche recidivare, come nelle mie osservazioni e portare a conseguenze gravi,

2) che vi può essere un ittero ricorrente, con crisi dolorose all'ipocondrio destro ed epigastrico a tipo di colica epatica con accessi febbrili a 39°, ricorrenti, non solo senza calcoli, come è noto, ma anche senza cistifellea. La sola sintomatologia presentata da questa paziente, in pieno poteva giustificare la diagnosi di colecistite, angiocolecistite ricorrente calcolosa. Tale eziologia però, « ex emotione », come del resto da fattori alimentari prima discussi, deve essere bene tenuta presente, sia da medici che da chirurghi prima di consigliare e fare in tali casi un intervento. Qui in questo campo, a patogenesi allergica, appartengono forse alcuni di quei casi di « coliche epatiche recidivanti, con ittero, subittero od urobilinuria » con o senza febbre, nei quali l'*operatore non trova i calcoli* e nei quali dopo l'operazione continuano a ripetersi le coliche e talvolta l'ittero come prima dell'operazione (anche se talora c'erano dei calcoli). A questo campo forse appartengono certi

casi di cosidetto « *domani doloroso* » ben noti a chirurghi, dopo colecistectomia (1) e forse, io credo, alcune delle sindromi periviscerritiche, aderenziali, alcuni casi di mesenterite retrattile.

Noi abbiamo casi di questo tipo, dimostrativi, a terreno squisitamente allergico che si sono giovati di una terapia desensibilizzante e di una dieta di eliminazione, con cui si son potuti evitare interventi chirurgici, inutili se non dannosi.

A proposito dell'osservazione ora ricordata di Stefanelli, pur ricordando l'evenienza rarissima di una colecisti intraepatica, non è di assoluto valore l'obbiezione che ci poteva essere un calcolo nel coledoco, perchè in una donna che già da anni aveva sofferto a più riprese di ittero, coliche e febbre, ad insorgenza sempre dopo emozioni, l'intervento in piena fase itterica, mostrò le vie biliari pervie e non dilatate. Pervie e non dilatate erano anche nel caso di Ciminata, nel quale vi erano state numerose coliche epatiche con ittero, dopo emozioni, ma nel quale tuttavia c'erano calcoli nella cistifellea e non nell'epatico o nel coledoco, anzi dal dotto epatico pervio e drenato non usciva bile.

La numerosa casistica riportata e che si può continuamente osservare nelle sale mediche e chirurgiche fa appunto pensare: 1) se in taluni casi non si debba dar valore alle reazioni allergiche epatiche e colecistiche, nell'insorgenza dell'ittero e delle coliche epatiche, anche se esistono calcoli a meno che non siano migrati ed incuneati e, 2) se, fra le altre cause ammesse, non si possa attribuire importanza nella genesi dei calcoli stessi anche a precedenti reazioni allergiche locali della colecisti, delle vie biliari, all'infiammazione allergica locale che porta a tumefazione ademotosa, ad essudazione con spasmo e stasi successiva che potrebbe talvolta favorire la formazione del primo nucleo del calcolo. Ma qui si esce dal campo su cui vogliamo restare. Da tutto questo appare come sia importantissimo mettere bene in evidenza tale possibile eziologia e patogenesi dell'ittero, dell'epatite e di certe coliche epatiche anche con febbre. In tali casi abbiamo visto che può mancare la leucocitosi od essere meno evidente che nelle colecistiti, angiocoliti puramente infettive.

Una chiara interpretazione ed una terapia di desensibilizzazione può portare, come in nostri casi, la fase acuta alla guarigione e, con la cura del terreno, prevenire le recidive, evitando interventi operatori inutili e talora dannosi.

Le varie considerazioni finora fatte, anche quelle collaterali, utili anch'esse per la migliore comprensione del problema, potrebbero appoggiare quindi il nostro concetto secondo cui: 1) l'*ittero ex emotione* può equivalere clinicamente ed anatomopatologicamente all'ittero catarrale comune, da fattori alimentari per esempio, nel cui grande quadro si può comprendere; 2) l'ittero ex emotione sarebbe anch'esso l'espressione di una *epatite*, *epatocolangite*.

* * *

Ma possiamo noi veramente pensare che anche per « l'ittero ex emotione », si tratti di una « *infiammazione* » e chiamarlo quindi *epatite?*

Questo è un punto importantissimo: possiamo noi pensare che *fattori psichici* ad esempio l'« *emozione* », possano in alcuni soggetti veramente sostenere una « *infiammazione* » cioè quella da noi qui considerata l'« *infiammazione allergica* », con le sue varie *localizzazioni organiche?*

Come si è già detto, l'ittero catarrale comune si considera quale epatite, che per noi può avere in taluni casi una patogenesi allergica.

L'ittero ex emotione ha un quadro morboso ed un decorso clinico che corrisponde perfettamente a quello dell'ittero catarrale comune, dell'epatite semplice, tanto è vero che molti A., non riconoscendolo, lo comprendono e lo confondono con essa. Anche nell'ittero emotivo vi possono essere tutti i gradi, da quelli leggeri con ittero e subittero passeggero, a quelli di durata media di 3-4 settimane, fino a quelli prolungati piuttosto gravi con epatosplenomegalia, a quelli rapidamente mortali per atrofia giallo acuta, come nei casi di Marchiafava.

Il tempo che intercorre fra l'emozione e l'insorgenza dell'ittero può variare da qualche ora a qualche giorno e si può anche in questo ittero distinguere il periodo preitterico e quello itterico.

Anche nel periodo preitterico e talora continuato nella fase itterica dell'ittero emotivo, ci può essere quella sintomatologia, mialgie.

---

(1) Su questo punto vi è già una lunga letteratura (Singer, Kelling, Parturier, Rowe, Bernard, Flandin, Pasteur Vallery-Radot, Henschen, (che ha bene descritto le crisi acute e subacute di edema, di gonfiore epatico, alcune delle quali possono entrare nel campo da noi trattato), Gutman, Fodor e Kunos, Eiselberg, Urbach, Graham, Cole, Copher e Moore, Alvarez, ecc.).

artralgie, disturbi intestinali, nausee, vomiti, dolori addominali, ecc., che può comparire nella fase preitterica degli itteri catarrali a genesi per esempio alimentare; un altro dato in comune con questi è costituito anche dai risultati della stessa terapia, terapia di desensibilizzazione, che giova ugualmente bene nell'uno e nell'altro caso.

Ci sembra perciò giustificata la nostra precedente domanda e logico il pensare, non solo che l'ittero ex emotione esista, ma che sia anch'esso sostenuto da una vera epatite (ex emotione) con le varietà epatocolangite, coledocite, epatopancreatite, ecc., come nell'ittero catarrale da allergia alimentare.

Ma come agirebbe l'*emozione*? Non è facile dirlo. Essa agirebbe nell'ittero come in altre affezioni « ex emotione » analogamente a quanto noi abbiamo già ammesso in lavori precedenti, possa agire la « *perfrigeratio* » nelle affezioni « a frigore ».

In determinati soggetti cioè, in *determinati terreni organici* a distonia *neurovegetativa*, umorale, *terreni allergici*, l'emozione *potrebbe agire in alcuni casi come fattore specifico, allergia specifica — allergia psichica* (?), *in altri casi quale fattore aspecifico — in soggetti comunque in stato di sensibilizzazione — quale fattore cioè di parallergia.*

Dracoulides vorrebbe considerare l'emozione come un antigene e Joltrain più giustamente la considera come un fattore suscettibile di determinare nell'organismo perturbazioni fisico-chimiche analoghe a quelle prodotte da una brusca messa in libertà di sostanze sensibilizzanti.

Joltrain e Bernard hanno dimostrato che lo *choc emotivo* può da solo determinare lo *choc emoclasico* (che si può identificare con lo choc allergico) seguito da orticaria, da asma, ecc., ed è noto che fra lo *stato umorale dell'emozione e quello dell'allergia* corrono rapporti, che inoltre lo *choc emotivo* ha molti punti di contatto con lo *choc istaminico* e che questo come abbiamo ricordato nella descrizione da noi fatta, del fenomeno della riaccensione istaminica, è per molti punti identificabile con lo *choc allergico*.

Tali dati sono di grande importanza perchè ci possono far intravedere la base di certi fenomeni psicoorganici, il punto di contatto fra questi ed altri puramente organici, da cause note, allergeni noti, ecc.

Cercando di interpretare più precisamente questo difficile problema, si può ammettere che l'emozione coi suoi riflessi diencefalici, neurovegetativi, colle sue ripercussioni periferiche nei vari tessuti, possa agire anche con fenomeni terminali istaminici od istaminosimili (Lunedei, ecc.) e qui appunto occorre rimarcarlo, si viene a toccare ancora il *fattore istaminico*. Questo fattore potrebbe essere uno dei punti finali, uno dei punti di arrivo nell'allergia in senso lato, sia nell'allergia fisica (freddo, caldo, luce, sole, ecc.), che alimentare, da contatto, da inalazione, ecc., quanto nell'allergia psichica. Sull'importanza che l'istamina o sostanze istaminosimili possono avere nella patogenesi delle malattie allergiche, noi abbiamo già trattato l'anno scorso in lavori precedenti (Policlinico e Klin. Woch.), descrivendo il fenomeno della riaccensione istaminica; ad essi rinviamo per non dilungarci. A proposito dell'ittero catarrale che già allora noi abbiamo considerato come probabile espressione di epatite allergica, si è ricordato che l'istamina può determinare un peggioramento, seppure momentaneo, della funzione epatica (glicemia e bilirubinemia).

Non c'è chi non veda il grande interesse generale di simile spiegazione, anche se tuttora ipotetica, di forme morbose che vanno sotto il nome generico di malattie « *ab emotione* » oppure « *a frigore* ».

Si potrà veramente pensare che sotto lo stimolo psicoemotivo si arrivi in ultima analisi alla liberazione di istamina o di sostanze istaminosimili ora in un organo ora in un altro, a seconda della disposizione? Se nella pelle si potrà, attraverso a questo meccanismo, avere l'orticaria ab emotione, se nel fegato l'epatite — l'edema allergico — l'ittero emotivo, se nelle meningi, nel cervello, l'emicrania, gli accessi epilettiformi, certe psiconeurosi ricorrenti (?), se nell'intestino diarrea, coliche mucose improvvise, se negli ureteri o colecisti, edema e spasmo con le coliche corrispondenti, se nel pancreas, la pancreoinsulite, ecc.? Quanta importanza abbia in queste reazioni il sistema neurovegetativo e reticoloendoteliale, si intravede, ma non ci è ancora noto.

Molto interessante potrà essere poi l'approfondire l'importanza che l'allergia psichica può avere oltre che nel campo medico anche in quello neuropsichiatrico (localizzazioni cerebrali?). È noto infatti che determinate situazioni psichiche possono provocare manifestazioni di tipo allergico e che durante certi stati allergici possono manifestarsi fenomeni psichici (Schultz, ecc.).

Sono queste delle semplici domande che noi ci rivolgiamo, le quali potrebbero avere

un interesse maggiore di quanto non possa a prima vista apparire.

Riprendendo il nostro tema si verrebbe fin qui a vedere che la stessa affezione, la stessa sindrome che va sotto il nome di ittero catarrale, l'epatite, l'epatocolangite, potrebbe essere talora sostenuta attraverso una patogenesi unica — allergica — da cause differenti: da fattori alimentari, emotivi, e come ora diremo da raffreddamenti, da droghe, medicamenti, ecc.

3) Il raffreddamento nell'ittero catarrale.

Ittero catarrale « a frigore » epatite « a frigore »

Alcune brevi considerazioni sono da farsi anche sul valore che un altro fattore la « perfrigeratio », potrebbe eventualmente avere nella patogenesi dell'ittero catarrale.

Finora non si è osservato che un raffreddamento anche se intenso, prolungato, improvviso, in soggetti accaldati, sudati, possa aver valore nell'ittero catarrale. Se si esamina però minuziosamente una numerosa casistica si può vedere che talvolta in qualche caso negli immediati precedenti non c'è altro che un « raffreddamento » comunque subito. Dobbiamo dargli valore, o considerarlo una semplice coincidenza oppure una concausa?

Qui si dovrebbe, io credo, ripetere quanto noi abbiamo già detto, altrove a proposito della « perfrigeratio » nella glomerulonefrite diffusa, forma in cui però la frequenza ed il valore del raffreddamento è a tutti noto anche se non è opportunamente valutato.

A questo proposito ci riportiamo a quanto abbiamo già detto allora e rispettivamente poco fa, nei riguardi dell'emozione nell'ittero emotivo. Noi vorremmo considerare il *fattore « perfrigeratio »* ed il fattore « *emozione* » per quanto riguarda il valore patogenetico, talora corrispondenti.

Nella nostra casistica la perfrigeratio comunque stabilitasi, specialmente l'esporsi ad acquazzoni restando poi per varie ore inzuppati d'acqua o l'esporsi a venti freddi quando si è sudati, è del 5 % dei casi.

In un paziente, per esempio, si trattava di un soldato rimasto 20 giorni prima, molte ore sotto la pioggia, ne seguì febbre con dolori articolari diffusi per alcuni giorni, migliorò col salicilato di tale sintomatologia ma rimase astenico anoressico con febbricola e si manifestò poi l'ittero che decorse come un tipico ittero catarrale.

In un secondo caso si trattava di un giovane di 18 a. che 6 giorni prima, di gennaio (1934), aveva preso una forte infreddatura dopo la quale erano insorti dolori ossei e muscolari a cui seguì poi ittero che decorse anche questo come un tipico ittero catarrale.

In un terzo caso, una ragazza di 25 anni, dopo essere stata al cinematografo che era molto riscaldato, ritornando a casa prese molta pioggia e freddo (inverno 1935), la mattina dopo iniziarono dolori articolari e muscolari diffusi che insistenti durarono quindici giorni (sintomatologia artralgica della fase preitterica), fino a che spontaneamente si ridussero con la comparsa dell'ittero particolarmente intenso (bilirubinemia mmg. 16,65 %) e resistente alle cure abituali, con astenia marcata e depressione psichica. Fu questo il primo caso che noi abbiamo trattato con la nostra terapia e con netto successo.

Qualche caso simile si trova anche nella letteratura, ricordo quello recente descritto dal lato anatomopatologico da Mottura; si trattava di un contadino di 21 anni che il giorno prima della comparsa dell'ittero fu sorpreso in campagna da un fortissimo temporale; sbrigato in fretta il lavoro sotto la pioggia torrenziale e ritornato a casa, alla sera stessa comparvero dolori crampiformi agli arti e febbre, il giorno dopo ittero che divenne intenso, con astenia profonda, sopore e circa 20 giorni più tardi il paziente moriva, dopo che negli ultimi giorni era comparsa un'enterorragia notevole e singhiozzo. All'esame istologico (vi era anche un focolaio di broncopolmonite cui si doveva probabilmente l'exitus) il fegato mostrava leggeri segni di atrofia giallo acuta.

È permesso su questi soli casi, pensare seppure come semplice ipotesi che la « perfrigeratio » possa avere importanza eziopatogenetica?

Il freddo, la perfrigeratio appartiene al gruppo dei *fattori fisici* di allergia.

Il freddo può dare, come si sa, la nota orticaria con prurito, gli edemi, ecc., (talora i geloni entrano in questo gruppo come reazione locale al freddo, in soggetti linfatici a distonia neurovegetativa), e se la manifestazione è intensa, diffusa e se lo stimolo agisce a lungo, astenia, adinamia, ipotensione fino al collasso. Nel gruppo di questi fattori fisici si annovera, se anche di raro, il caldo, la luce, ecc. A questo riguardo vorrei ricordare un'altro caso nel quale l'ittero che portò rapidamente a morte per atrofia giallo acuta (reperto anatomopatologico), insorse in un bambino fino allora completamente sano e

nel quale vi era nei precedenti immediati della malattia solo il fatto che si era addormentato in campagna restando per qualche ora con la testa al sole di agosto. Adler ricorda un caso analogo in cui la causa, « scatenante » almeno, dell'atrofia giallo acuta fu pure data da un bagno di sole. A questo proposito ricordiamo incidentalmente, e bisognerebbe forse maggiormente valutarli, i rapporti che possono intercorrere fra *insolazione*, *colpo di calore* e *istamina* o sostanze istaminosimili, e vari fenomeni susseguenti, importanti da considerare per la terapia che ne conseguirebbe.

È noto come in questo ultimo tempo vada sempre meglio chiarendosi il capitolo dell'*allergia da cause fisiche* ed affermandosi l'importanza che questi *fattori fisici* (caldo, luce, freddo, stimoli meccanici, ecc. - Duke, Urbach e Steiner, Kämmerer, ecc.) e così *fattori psichici*, emozioni, ecc., come noi sosteniamo possono avere nel produrre fenomeni vari di ordine allergico, dai più lievi e passeggeri e perciò per lo più ignorati, ai più gravi e talvolta mortali. Interessanti sono a questo riguardo le osservazioni di Lehner, Graassl, Bernstein, Thannhauser, Verhoogen, Affolter, Skouge, Horton Brown e Roth, Radvan, Klaus, ecc., sui casi di morte durante il bagno, durante il nuoto anche in estate. Alcuni di questi casi di morte improvvisa, che fino ad oggi non si sapeva come spiegare ora sono attribuiti a choc da freddo in soggetti al freddo stesso ipersensibili.

Grassl per es. ricorda che lui stesso, 15 anni prima durante un bagno freddo fu preso da una sensazione di freddo intensissima, insolita; uscito rapidamente dall'acqua ebbe immediatamente un'orticaria generalizzata con perdita di coscienza per 1-2 minuti. L'A. ricorda pure il caso di una donna di 50 a. che fu colpita da sincope e da edema di Quincke nelle stesse condizioni.

Si sa che se un soggetto sofferente per es. di orticaria da freddo tiene il braccio in acqua fredda, assieme ai fenomeni locali, eritema, orticaria, edemi, possono insorgere anche fenomeni generali, rossore, ipotensione e talvolta si può arrivare al collasso, allo choc. Questi fenomeni che sono uguali a quelli che con istamina si possono avere, non si hanno se si tiene un laccio stretto al braccio. Ciò fa pensare che sotto l'azione del freddo si producano, come forse avviene per una forte emozione, in questi pazienti delle sostanze, istamina o sostanze istamosimili che passando in circolo possono dare i fenomeni generali con debolezza estrema, fino alla perdita anche transitoria della coscienza, al collasso. Questo sarebbe appoggiato anche dal fatto che contemporaneamente si ha pure un aumento della secrezione gastrica come con iniezioni di istamina si osserva.

Da questi dati si può capire quindi che se uno di tali pazienti ha manifestazioni simili quando è in acqua, anche se è un provetto nuotatore come talvolta accade o si trova pure vicino alla spiaggia od in piscina, se non è subito soccorso, può andare rapidamente al fondo ed annegare.

Così meglio che con altre varie ipotesi si possono spiegare alcuni casi di morte improvvisa nell'acqua fredda durante il nuoto, ecc. Queste nozioni devono essere ben note specialmente ai medici sportivi, anche per la terapia d'urgenza, elettiva essendo, come è noto, contro i fenomeni di natura istaminica, l'adrenalina. Io ho trattato altrove l'importanza che il raffreddamento, la « perfrigeratio » può avere come fattore di parallergia nella patogenesi di tipiche forme « a frigore », della glomerulonefrite diffusa, della pleurite essudativa acuta, del reumatismo, delle polineuriti, ecc. In tale occasione, riportando i risultati di una nostra terapia di desensibilizzazione, ho ricordato anche l'importanza della stessa perfrigerazione, nella « *emoglobinuria* » *a frigore*, con ittero di tipo emolitico.

Abbiamo pure già ricordato l'importanza oggi attribuita all'istamina nel fenomeno allergico, descrivendo il fenomeno della riaccensione istaminica.

Queste varie considerazioni dovrebbero almeno far porre e discutere il quesito se anche dei *fattori fisici*, analogamente a quanto abbiamo detto per i *fattori psichici*, possano avere importanza nella eziopatogenesi di alcune forme di ittero di tipo catarrale, specie in quei casi in cui il rapporto sembra netto ed evidente. È quindi da chiedersi se in tali casi la perfrigerazione possa aver valore talvolta come causa diretta e talvolta come fattore scatenante aspecifico, quale fattore di parallergia.

4) ITTERO CATARRALE DOPO TONSILLITE.

Epatite da tonsillite.

Sono da ricordare brevemente anche certi itteri, non tanto frequenti, che decorrono come il comune ittero catarrale ed insorgono dopo una tonsillite. Noi abbiamo casi significativi di questo tipo in cui qualche giorno dopo, fino 1-2 settimane dopo una tonsillite,

è insorto un ittero a decorso per lo più benigno come un ittero catarrale con dolori reumatoidi ed in uno con un'eruzione eritematosa.

Qua e là nella letteratura vi sono casi simili, quello di Andina, già ricordato, è importante a questo riguardo. In un soggetto che molti anni prima aveva avuto un esantema da siero antitetanico, compare una tonsillite cui succede orticaria, prurito, edemi, artralgie, poi ittero che ebbe il decorso di un comune ittero catarrale.

Ci potrà essere un rapporto fra la tonsillite e l'ittero catarrale, inteso come epatite? Anche questo punto ci sembra poco noto. Questo è lo stesso problema di quello che si discute già da molto tempo nella patogenesi di altre affezioni in rapporto con la tonsillite, la glomerulonefrite diffusa per esempio che noi abbiamo già ampiamente discusso altrove ed a cui rimandiamo, il reumatismo, ecc. È noto che durante una tonsillite possono entrare in circolo dei germi, specie streptococchi, prevalentemente anaerobi, come anch'io con tecniche batteriologiche particolari ho messo in evidenza, e così anche nel reumatismo poliarticolare acuto, nella corea, ecc.

È possibile che in tali casi, a seguito di una o più tonsilliti, si stabilisca uno stato di sensibilizzazione ai germi od alle loro tossine, con successiva comparsa, così come si ammette per altri organi od apparati, rene, endocardio, articolazioni, anche nel fegato di fenomeni che possono avere una patogenesi allergica.

Potranno questi stessi concetti essere estesi anche alla interpretazione di certi itteri che insorgono dopo il decorso di una prima malattia infettiva?

Qualche autore vorrebbe interpretarli come una « seconda » malattia, (Hess, Dieth, ecc.), saranno invece talora successive localizzazioni dovute ad allergia batterica?

5) Ittero dopo uso di medicamenti o droghe, ecc.

Epatiti della chemioterapia.

In questo gruppo vorremmo ricordare gli itteri ben noti che insorgono durante o dopo l'uso *di determinati vari medicamenti*: è un capitolo tuttora molto discusso.

Ricordiamo gli itteri non tanto rari della chemioterapia: gli itteri da neosalvarsan, (10 casi nelle nostre 100 osservazioni), in *luetici* e *non luetici*, da bismuto, da mercurio, da oro, ecc.; gli itteri da atofan (cincofene) e preparati similari, quelli da sulfanilamide (di cui uno di nostra osservazione in un neisseriano trattato per os con questo nuovo medicamento), da tripaflavina, da apiolo, da antipirina, ecc.

Ricordiamo poi gli itteri della sieroterapia già menzionati, piuttosto rari che rientrano con le altre manifestazioni cutanee viscerali, nel grande quadro della malattia da siero (1).

In alcuni di questi itteri della chemioterapia, reazioni da chemioterapia, su cui molti AA. (Gaté, Thiers e Cuilleret, Quick, Sangiorgi, Tzanck, Bensaude e Cachin, Trossarelli, ecc. ecc.), hanno scritto, come è ben noto, si possono trovare isolati o variamente associati altri fenomeni della serie allergica o che hanno rapporti con le manifestazioni allergiche: crisi nitritoidi, eruzioni di orticaria con prurito, eritemi vari, porpore, emorragie, edemi tipo Quincke, eritrodermie, dermatiti, fenomeni vari gastrointestinali, forme asmatiche, artralgie-artriti, nefriti, mono o polineuriti, mieliti, encefaliti. Anche alcune porpore ed agranulocitosi possono insorgere durante la chemioterapia; in lavori precedenti sulle agranulocitosi da piramidone e sulle emopatie da salvarsan, noi abbiamo già fatto notare fino dal 1934 come tali forme si possano considerare prevalentemente di natura allergica e quindi si debbano trattare con una terapia di desensibilizzazione. Nelle agranulocitosi poi, come è noto, può comparire un ittero; è da chiedersi se anch'esso non si possa talora considerare una manifestazione, una localizzazione allergica epatica, analoga a quella midollare che sosterrebbe la agranulocitosi.

Le varie manifestazioni ora ricordate insorgono per lo più in soggetti a terreno predisposto e con dosi anche minime del medicamento, dalla maggioranza degli altri pazienti bene sopportate: il fattore tossico diretto quindi altre volte da solo in causa, è in tali casi poco probabile. Questi soggetti spesso hanno mostrato prima o mostreranno nel corso successivo della vita, reazioni allergiche varie per fattori anche diversi. Noi abbiamo già ricordato altrove e lo ricordiamo tuttora

(1) Sarebbero da ricordare a questo punto anche altri itteri che, benchè siano per lo più di diversa natura, da iperemolisi, hanno con la patogenesi allergica qui discussa un certo, notevole rapporto. Vogliamo accennare cioè agli itteri da favismo, ed a quelli dell'emoglobinuria a frigore. Il favismo, con le varie sue manifestazioni, è una forma che secondo le numerose ricerche italiane (Lusena, allievo di Frugoni, Pesci, Lotti, Mannai, Macciotta, Preti, Luisada, ecc.) è da considerarsi di natura allergica. Su questo tema che merita una discussione a parte non ci vogliamo dilungare.

perchè significativo il caso di una nostra paziente a terreno familiare squisitamente allergico, avendo sofferto la madre di orticaria recidivante, ittero catarrale e coliche epatiche ed avendo un fratello ipersensibile al chinino (che dà orticaria e choc) ed ipersensibile alla carne di maiale che dà diarrea e coliche addominali. Tale nostra paziente di costituzione brachitipo linfatica già sofferente di accessi di *asma bronchiale*, presentò fin da piccola, *orticaria* da fragole ed *orticaria* ed *edemi angioneurotici* da ceci e da aspirina. Quattro anni fa durante una cura arsenobenzolica presentò una *dermatite* che si giovò notevolmente degli estratti epatici. Ad un tentativo di ripresa, dopo più di un anno, dalla cura arsenobenzolica, presentò un'ora dopo la prima piccola dose di neosalvarsan (0,07 gr. intramuscolare) un grave *accesso febbrile* (39.8°) cui seguì un'eruzione diffusa *orticarico dermatitica* che durò a lungo. Due anni più tardi la paziente che già aveva sofferto da ragazza di coliche epatiche dopo l'ingestione di salsiccie e di ciò nella sua lunga serie di disturbi non si ricordava più, mangiò di sera coi suoi familiari salsiccie; nella stessa notte, mentre gli altri non ebbero nulla, il fratello già ricordato, pure sensibile alla carne di maiale, ebbe dolori addominali con vomito e diarrea, e la nostra paziente ebbe una forte colica epatica con febbre ed ittero il giorno dopo. La regione colecistica era dolente e tesa. Operata di colecistectomia furono trovati tre calcolini nella cistifellea, nessuno incuneato e le vie biliari pervie. La paziente stette bene per 6 mesi quando, benchè fosse senza cistifellea avvenne ciò che si vede non raramente: di notte senza causa apparente, nuova violenta colica epatica con febbre del tutto simile alla precedente, con grave depressione e pallore, ipotensione, (collasso). Dopo due giorni, mentre le condizioni generali erano discrete, nuova colica con *ittero* questa volta. Con la terapia desensibilizzante guarì rapidamente (scomparsa dei pigmenti biliari e dell'urobilina in breve) e da due anni è in perfetta salute per quanto riguarda le condizioni epatiche, presenta invece attualmente delle *crisi ricorrenti di oculorinite*. Questo è un caso molto significativo che mostra varie sensibilizzazioni alimentari e medicamentose e varie successive manifestazioni e localizzazioni allergiche nello stesso terreno.

Per quanto riguarda la patogenesi di questi itteri della chemioterapia sono da tenere in considerazione in taluni casi anche fattori tossici, infettivi, fenomeni di biotropismo, ecc. Sembra però, d'accordo con gli AA. sopracitati, che il fattore allergico, debba essere tenuto in primo piano.

È un dato assolutamente contrario a questi concetti il fatto che talvolta in alcuni di questi itteri — per esempio in quelli da salvarsan, — si è potuto continuare impunemente la terapia arsenicale anche dopo la comparsa dell'ittero stesso? A parte il fatto che non si può mai escludere, specie nei casi di cosidetto *ittero tardivo*, si tratti di un ittero catarrale comune, da altra causa, in un soggetto che fa ed ha fatto una terapia arsenobenzolica, si potrà pensare che dopo l'insorgenza dell'ittero — o comparsa dell'incidente chemioterapico — l'organismo sia anche temporaneamente desensibilizzato (Tzanck e collab.)? In tal modo la continuazione della cura può non dare un ulteriore aggravamento, che talora si è verificato e che ad ogni modo è sempre seriamente da temere. Potrà avvenire qui altrettanto di quanto si può supporre avvenga in certi casi di emoglobinuria da chinino in malarici nei quali si consiglia (Bastianelli e scuola: Lazzaro) di continuare subito la terapia chininica? Sono problemi ancora molto oscuri e discussi.

Ad ogni modo anche a proposito di questi itteri della chemioterapia, itteri che hanno per lo più l'aspetto d'un comune ittero catarrale, (con la fase preitterica) ed il decorso di questo, ci sembra logico ammettere in taluni casi almeno, che come vi sono altri fenomeni di ordine allergico, orticaria, edemi, pruriti, ecc., prodotti da questi stessi medicamenti, chemioterapici, ecc., così vi possano essere itteri-epatiti, e rispettivamente nefriti, ecc., ad uguale patogenesi, in rapporto cioè alla *varia localizzazione dello stesso fenomeno allergico, della infiammazione allergica*. Degli itteri della sieroterapia, della trasfusione, della gravidanza e degli itteri in certe malattie infettive accenniamo più avanti.

* * *

Si vedrebbe perciò che l'ittero di tipo catarrale, può avere gli stessi fattori eziologici di alcune manifestazioni notoriamente allergiche per es. dell'orticaria. Questo ci condurrebbe a pensare che: come vi sono orticarie da allergia alimentare, così vi possono essere itteri, epatiti da allergia alimentare; come vi sono orticarie da emozione, così vi possono essere itteri, epatiti da emozione, da allergia psichica; come vi sono orticarie da freddo, da fattori fisici, così vi possono essere itteri, epatiti da fattori fisici, da allergia fisica e come vi sono orticarie da chemioterapia, così vi pos-

sono essere itteri, epatiti da chemioterapia, da allergia medicamentosa; ugualmente dicasi per orticaria ed ittero da sieroterapia. Questi interessanti confronti possono esser fatti non solo fra orticaria ed epatite, ma anche con altre affezioni organiche finora diversamente considerate, di altra natura, nefriti, come già abbiamo sostenuto, nevriti, pancreatiti, ecc., e questo è un altro lato particolarmente interessante del problema.

Grande valore possono assumere in questo senso i casi non eccezionali in cui varie manifestazioni, per esempio orticaria, edemi ed ittero, nefrite coesistono o si succedono nello stesso paziente.

Risalterebbe da quanto finora si è andato esponendo: 1) il grande interesse di tale nostra *concezione patogenetica unitaria, allergica,* di molti casi almeno di una unica sindrome morbosa, l'ittero catarrale, l'epatite, che può essere sostenuta da vari differenti fattori eziologici; 2) l'importanza di una *terapia unitaria* che direttamente ne consegue, di una *terapia di desensibilizzazione* che noi vivamente consigliamo dopo averla applicata, in tutti questi tipi di ittero da fattori diversi.

* * *

Quanto finora si è detto, può essere in certo modo probativo; non mancano tuttavia vari punti oscuri che vanno subito discussi. Ammesso per esempio un parallelo patogenetico fra alcune manifestazioni allergiche per es. l'orticaria e vari tipi di ittero catarrale, come spiegare che l'ittero non recidiva, o molto raramente come di solito si dice, mentre l'orticaria si può ripetere di frequente?

Sono necessarie a tal proposito due considerazioni: 1) anzitutto noi diciamo usualmente « *ittero* » come sinonimo nel nostro caso di « epatite », ma esso rimane *sempre un sintomo* di varie lesioni epatiche, nel nostro caso di questa « *epatite* » che rappresenta il vero substrato morboso e perciò non è escluso che l'epatite si possa eventualmente ripetere anche senza questo sintomo. Eppinger ammette infatti che possa esserci una epatite sierosa sine ittero, e così Hetényi, e noi seppure in via di ipotesi possiamo ammettere l'esistenza di una *epatite allergica sine ittero*, epatite anitterica.

2) *Non è tanto vero quello che comunemente è scritto, che cioè l'ittero non recidiva*: nella nostra casistica abbiamo diversi casi di tipico ittero catarrale che si è ripetuto a varia distanza di tempo due ed anche tre volte fino a 6 volte, senza contare il nostro famoso caso delle trenta itterizie ripetute anche secondo volontà. Abbiamo ricordato il caso del nostro collega che presentò due itteri da emozione ed interposta una poussée di orticaria pure da emozione, orticaria che insorge anche dopo ingestione di uova. Ricordiamo ora un giovane di 25 anni che ebbe una prima epatite (ittero) durante una terapia endovenosa di tripaflavina e successivamente un secondo ittero di probabile origine alimentare ed un altro giovane di 20 anni pure di nostra osservazione, il quale nello spazio di 4 anni ebbe 6 itteri, tutti probabilmente di origine alimentare, l'ultimo comparso dopo l'ingestione di frutta di mare, che ad un suo compagno aveva dato solo diarrea. Scorrendo la letteratura noi vediamo vari casi di ittero che si è ripetuto ed Hetényi ha visto che su 200 itteri catarrali, 28 lo avevano già avuto una volta.

Continuando il paragone con l'orticaria si può anche far notare che essa, essendo una manifestazione esterna, è facilmente visibile e controllabile, anche se leggera, poco diffusa e transitoria; l'epatite invece, quando sia diffusa ed intensa e duratura si può manifestare, a noi *anche con l'ittero*. Quando invece l'epatite, l'essudazione sia lieve, parziale, localizzata e transitoria si può ammettere possa anche ripetersi e spontaneamente regredire senza dare sempre l'ittero, quel sintomo cioè così importante che dà nome alla forma stessa.

Un'urobilinuria, un leggero aumento di volume dell'organo, una dolenzia epatica, un modico aumento transitorio della bilirubinemia, può essere in tali casi in questo senso ugualmente significativo.

In tal modo si potrebbe in parte spiegare perchè l'ittero non recidiva più di frequente, ma si può notare per esempio nei disturbi digestivi, che altre volte possono dar origine al classico ittero catarrale, urobilinuria e talvolta un lievissimo transitorio subittero delle sclere il cui significato non è per lo più riconosciuto. Tutto potrebbe dipendere dall'intensità, dalla rapidità e dalla estensione e localizzazione dello stesso processo essudativo, e dal carattere transitorio o meno che può assumere.

Le prove di funzionalità epatica, specie la galattosuria provocata anche sotto istamina potrebbero dare in questi casi in cui non compare l'ittero, epatiti anitteriche, dei dati molto importanti indicandoci ugualmente una partecipazione del parenchima epatico.

Nell'orticaria comune del resto, si sa già

che talvolta è presente una condizione di lieve insufficienza epatica.

Probabilmente è tutta una serie graduale di passaggi, di intensità di epatite, dai casi con sola, ma ugualmente significativa urobilinuria a quelli in cui compare un subittero o ittero anche con dolori, coliche ecc., a quelli col classico ittero catarrale fino alle forme di ittero prolungato, con possibilità di passare sia alla forma cronica cirrogena, esito di forme subacute, protratte, lente per lo più di epatite anitterica, quanto alla atrofia subacuta od acuta che potrebbe rappresentare, nell'ipotesi qui discussa, il grado massimo della lesione essudativa allergica epatica.

L' importanza delle fasi, che si potrebbero chiamare clinicamente silenziose, dell'epatite potrebbe avere grande valore specie nei riguardi della sua evoluzione successiva quando non sia riconosciuta, forse anche alla fase cirrotica come già Rössle ed Eppinger fanno notare nei riguardi dell'epatite sierosa. Tale fase cirrotica potrebbe allora sembrare primitiva analogamente a quanto può talora apparire nelle corrispondenti forme renali la glomerulonefrite cronica.

Un'altro punto da discutere è questo: osservando un gran numero di casi un centinaio, come noi abbiamo fatto, si può notare che in una data percentuale non molta alta — tra il 10-12 % — *non si riesce a mettere in evidenza alcuno dei fattori eziologici sopra discussi* e neppure alcuna delle manifestazioni precedenti l'ittero, come l'orticaria, dolori articolari, ecc., e l' ittero inizia in modo apparente almeno, come primario. Sono questi dati contrari alla patogenesi allergica? Si può rispondere: Ma non vi sono anche casi di orticaria sul cui significato allergico si è quasi completamente d'accordo, nei quali non si riesce ad individuare la causa? E non vi sono casi di asma bronchiale in cui non si riesce ad individuare l'allergene? Si potrà poi considerare, come per l'asma, la possibilità che ad una epatite infettiva si possa successivamente aggiungere una secondaria sensibilizzazione? Col progredire degli studi ogni anno si trovano nuovi allergeni ai quali una volta neppure si pensava, è possibile quindi che ciò possa avvenire domani anche nel campo dell'ittero catarrale quando ulteriori ricerche siano indirizzate su questa strada. Ad ogni modo si può ammettere che in questo gruppo possano essere compresi i casi di epatite da cause diverse da quella allergica qui discussa, cioè da causa infettiva, tossiinfettiva, da propagazione intestinale, di origine parassitaria (lambliasi, ecc.) come finora si ammette.

I fattori meteorologici nell'ittero catarrale.

Io vorrei ora fare un brevissimo accenno anche ad un tema tuttora oscuro, all'importanza cioè che particolari *condizioni meteorologiche* possono eventualmente avere nell'insorgenza, come di altre sindromi, anche dell'ittero catarrale.

Si tenterebbe con ciò di spiegare la *stagionarietà* evidente in questa forma. Se fosse sicura l'eziologia infettiva dell'ittero catarrale si potrebbe come per altre forme sicuramente infettive, portare le spiegazioni relative, già ammesse, ma con l'eziologia e patogenesi che almeno in un certo numero di casi noi discutiamo, è d'uopo cercare altre spiegazioni.

Si sa (Pende, Bufano, De Rudder, Feige e Freund, Mouriquand, A. Dias, ecc.) che le condizioni meteorologiche si fanno sentire specialmente in soggetti a distonia neuro-vegetativa, nei cosidetti meteorolabili o meteoropatici, nei soggetti con predominante eccitabilità vagale e ridotto tono simpatico.

È vecchia osservazione, anche popolare che alcuni soggetti risentono in modo netto il cambiamento del tempo, e che varie forme morbose, asma, emicrania, reumatismi, forme gastrointestinali, cardiache, stati di astenia, di agitazione, irrequietezza, ecc., possono insorgere, aggravarsi, ripetersi in coincidenza di perturbamenti atmosferici. Vi sono poi sindromi già bene delimitate, negli adulti e specialmente nei bambini per lo più a diatesi spasmofila essudativa, in rapporto a determinati venti allo scirocco in particolare.

È nota infatti la sindrome del vento del sud e del sud-est della regione di Montpellier e Lione, la sindrome del Föhn, sono note le interessanti osservazioni di Annes Dias e collaboratori sul vento del nord delle coste brasiliane, ecc.

Noi stiamo osservando da vario tempo come di alcune forme morbose possono comparire più casi contemporaneamente e poi per molto tempo non è dato di osservare. Così avviene per l'ittero catarrale, al pari di quanto è noto per l'eritema nodoso, e per la peliosi reumatica, forme per noi a patogenesi allergica o a componente allergica predominante. Alcuni casi di Werlhof pure possono iniziare e poi avere delle riacutizzazioni contemporaneamente e ritornare contemporaneamente in ospedale. Come si può spiegare questo fatto? Ci sarà un fattore, una componente meteorologica anche nelle recidive di Werlhof?

Molto ci si potrebbe fermare su questi punti tuttora poco chiari, ma forse per ora non si concluderebbe gran che.

Senza dubbio vari fattori meteorologici, ionizzazione, elettricità dell'aria, campo magnetico, raggi cosmici, macchie solari, umidità, temperatura, pressione atmosferica, venti, fronti ciclonici, ecc., possono avere importanza in condizioni morbose differenti. Come, non è facile dire. In questo campo finora poco si conosce, la medicina moderna comincia ora ad interessarsi di questo interessante problema, che finora è stato più che altro di osservazione empirica.

Già c'è stata nel 1934 al Congresso della Società Italiana di Medicina Interna una relazione di Pende e Bufano sulle metereopatie, già ci sono in Germania, Francia, America del Sud ed altri paesi dei valenti studiosi di meteoropatologia.

È difficile nel nostro caso particolare poter dire come le condizioni meteorologiche possano agire, direttamente o indirettamente quali fattori di parallergia, come noi pensiamo, sulle varie forme allergiche. Come si è detto sono per lo più i terreni a distonia neurovegetativa con prevalenza vagale quelli che più facilmente risentono delle variazioni atmosferiche, i cosidetti meteorolabili, ma sono appunto questi i terreni nei quali le forme allergiche più facilmente possono costituirsi. Allora potrà forse per un aumento del tono vagale sotto l'influsso meteorologico o per meglio dire per accentuazione dello squilibrio neurovegetativo, essere favorito in determinati soggetti in fase di latente sensibilizzazione l'insorgenza in via specifica oppure in via aspecifica (parallergia), di date sindromi allergiche, analogamente a quanto noi abbiamo già ammesso possa agire la « perfrigeratio » o l'emozione? Potrà un determinato fattore meteorologico agire *come un allergene* determinando nell'organismo le varie modificazioni fisico-chimiche, ecc., e le varie localizzazioni reattive che questo stesso può produrre?

Durante le crisi meteorologiche infatti possono avvenire nei soggetti predisposti, meteorolabili, dei bruschi squilibri neurovegetativi, endocrino-umorali (Pende), dei veri choc e Lumière e Dalmady pensano giustamente, alla analogia che può correre fra queste crisi meteoropatiche e quelle allergiche, colloidoclasiche, anche se non sempre nettamente definite.

Ciò si può ora ammettere in via di ipotesi; ulteriori osservazioni sono necessarie in questo campo sconosciuto ma molto più interessante di quanto non sembri e nel quale sono possibili anche deduzioni terapeutiche importanti.

(Continua).

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale « M. Bufalini » - Cesena
Sezione Medica diretta dal prof. E. Mondolfo.

Il siero antidifterico nel trattamento delle angine acute non difteriche.

Dott. Raoul Molari, assistente

Non è esagerato affermare che nessun siero curativo ha avuto applicazioni tanto svariate quanto quello antidifterico.

Pochi anni dopo la sua scoperta, infatti, fu usato da diversi Autori (Dotti, Pariset, Cerioli, ecc.) nella cura della pertosse, mentre Talamon, Briz, Gonzales Alvarez e Gay lo usarono su vasta scala nel trattamento delle polmoniti e broncopolmoniti infantili, riferendo sui risultati brillanti ottenuti.

Salvaneschi poi, nel 1917, si fece fautore dell'uso di questo siero nella terapia della parotite e successivamente Bardin, Bonnamour e Cheinisse, durante epidemie di tale malattia in collettività militari, applicarono con successo tale metodo di cura, riuscendo anche ad evitare, secondo quanto riferiscono, la temuta e purtroppo non infrequente complicazione orchitica.

Se queste possono considerarsi le principali applicazioni terapeutiche del siero antidifterico, all'infuori della infezione difterica, numerosissime altre ne esistono, che chiameremo sporadiche, basate sull'osservazione di pochi casi, senza ulteriore conferma: così la sieroterapia antidifterica fu tentata via via nell'infezione puerperale (Carnelli), nell'eresipela (Chiadini e Chapiro), nella tubercolosi (Cantù, Mac Callum e Tarantiev), nel tetano (Weischer), nella malaria (Treielle), nella meningite cerebro-spinale epidemica (Wolf e Waitzfelder), nel coma (Ciaccia e Frymuth), nell'otite media purulenta (Gradenigo), nella stomatite aftosa (Sangiovanni e Del Monaco), nelle ulcerazioni radiodermitiche (Franke), ecc.

Non è difficile però comprendere come si sia trattato di tentativi terapeutici che non hanno avuto alcun seguito e che hanno anzi sollevato una corrente di diffidenza verso l'impiego irrazionale dei sieri.

La nostra esperienza in materia si riferisce all'uso del siero antidifterico nel trattamento delle angine acute comuni: nella presente nota verremo esponendo i risultati ottenuti, con tale sistema di cura, in quattro anni di applicazione.

Secondo Heubner il termine di angina follicolare non dovrebbe più usarsi, in quanto-

chè per follicoli si intendono le parti linfatiche della tonsilla, mentre il processo essudativo è sempre localizzato anche nelle cripte e nelle lacune, per cui il termine di angina lacunare appare più appropriato.

Spesso in tali angine lacunari, per fusione degli zaffi, si possono formare stratificazioni confluenti, pseudo-membranose, differico-simili, non molto compatte, di colore grigio o grigio nerastro.

Chiunque abbia pratica di tali affezioni sa come sia arduo discernere, in base alla sola osservazione clinica, le forme comuni da quelle difteriche, per cui, senza attendere il risultato dell'esame culturale, si impone l'uso immediato del siero antidifterico.

Lo spunto ad attuare sistematicamente la sieroterapia antidifterica nelle angine acute comuni, non ci è venuto quindi dal desiderio di innovazioni terapeutiche, nè da quello di controllare i risultati favorevoli ottenuti con questo metodo da altri Autori (Woodyatt, Nittis, Schachter, ecc.), ma ci fu imposto, in un primo tempo dalla necessità di non ritardare il trattamento sieroterapico, sino ad espletamento della prova culturale, di poi dalla valutazione obbiettiva dei risultati ottenuti che ci indusse ad insistere in tale sistema curativo.

Le nostre osservazioni si riferiscono a 62 bambini, dai 2 ai 10 anni di età, ricoverati nel Reparto Isolamento del nostro Ospedale, per sospetto di difterite.

Dall'anamnesi si apprendeva come la malattia fosse cominciata quasi sempre bruscamente, con brivido, cefalea e non di rado nausee e vomito.

I piccoli pazienti presentavano al loro ingresso in Ospedale stato di grave abbattimento, febbre alta (39°-39°,5); allo esame delle fauci notavasi arrossamento diffuso, con essudati confluenti grigiastri sulle tonsille, leggermente ipertrofiche.

Quantunque l'insorgenza brusca e l'altezza della temperatura stessero contro la difterite e mancassero anche le caratteristiche locali classiche per questa malattia (colore candido delle pseudo membrane, con diffusione all'ugola ed alla mucosa del palato molle, « foetor ex ore », cospicua adenopatia submandibolare, ecc.), tuttavia appariva giustificato il sospetto di affezione difterica.

Difatti l'angina difterica può assumere, nei primissimi stadi, anche l'aspetto di una forma catarrale (Hutinel), ed è poi notoria la sua somiglianza col quadro dell'angina lacunare; Kleinschmidt scrive a questo proposito: « non conosco altro campo della patologia pediatrica in cui si possa incorrere in errori diagnostici così gravi e fatali come in quello della difterite ».

Fu perciò nostro sistematico indirizzo terapeutico attuare, nei casi sopra citati, prontamente, una terapia a base di siero antidifterico, usando sieri a concentrazione normale, nelle dosi di 10-20.000 U. I., a seconda dell'età del paziente, per via intramuscolare.

Contemporaneamente si praticava una semina, con materiale prelevato dall'essudato faringo-tonsillare, su tubi di siero di Löffler. Come è noto questo terreno, che si ottiene mescolando tre parti di siero di bue con una parte di brodo glucosato, è ritenuto il più classico fra i terreni di cultura per il bacillo di Klebs-Löffler ed in esso le colonie difteriche si sviluppano con grande rapidità (12-20 ore).

Diremo subito che in tutti questi casi l'iniezione di siero provocò, in capo a 12-24 ore, la caduta della febbre per crisi, con rapido miglioramento dello stato generale, mentre nei giorni successivi si osservava una completa detersione degli essudati faringei ed un pronto riassorbimento delle eventuali leggere adeniti submandibolari; in un solo caso si ebbe a verificare complicazione renale.

Per quanto si riferisce all'esame culturale, esso riuscì costantemente negativo per il bacillo di Klebs-Löffler, mettendo in evidenza esclusivamente germi piogeni, in grande maggioranza streptococchi.

Tali risultati, che possono chiamarsi nella maggioranza abortivi, debbono considerarsi, anche in linea assoluta, eccezionalmente favorevoli, trattandosi di forme settiche piuttosto gravi, che durano di regola parecchi giorni e che talvolta presentano complicazioni anche gravi (setticemia, lesioni renali ed articolari, endocardite, ecc.).

*
* *

L'eco della polemica scatenatasi in questi ultimi tempi sul valore del siero antidifterico, come siero antitossico specifico, è ancora viva perchè sia necessario da parte nostra ritornare in modo particolareggiato su tale questione; accenneremo soltanto come, secondo alcuni Autori, Roger, Bourget, Bingel, Modigliani, Hottinger, Rumpel, ecc. i buoni risultati ottenuti nella cura della difterite con la sieroterapia non sarebbero da attribuire all'azione antitossica specifica del siero; questo, che contiene, oltre a globuline specifiche, anche sieroalbumine, esplicherebbe l'azione stimolante aspecifica di una proteino-terapia.

Si è così parlato della « leggenda » del siero, e si è affermato che il siero normale di cavallo ha, sul decorso del processo difterico, una azione analoga a quella del siero antidifterico. Bingel, su 937 difterici, in tutti gli stadi della malattia, non avrebbe trovato una notevole differenza tra quelli trattati con il semplice siero di cavallo e quelli trattati con il siero antidifterico.

Se tali teorie si sono potute in gran parte ribattere (si è dimostrato fra l'altro che il siero di cavallo contiene normalmente piccole dosi di antitossina difterica), non si è potuto fare a meno di accedere al concetto che nella siero-terapia antidifterica, oltre all'elemento a cui si era dato fino ad oggi una importanza esclusiva, e cioè l'antitossina, sia da prendere in considerazione anche un altro fattore, e cioè il siero eterogeneo come tale.

Così vediamo Czerny esprimere l'opinione che convenga iniettare non solo sufficienti quantità di antitossina, ma anche forti quantità di siero e Feyer, v. Groer, Glotz, ecc. negare il valore dei sieri altivalenti, perchè un eccesso di siero è ritenuto desiderabile.

Ritornando all'argomento della siero terapia antidifterica nelle angine comuni, l'efficacia da essa dimostrata in tali forme, sembrerebbe doversi attribuire, a maggior ragione, all'azione del siero come proteina aspecifica.

Tuttavia si può giustamente obbiettare che con la etero-proteino-terapia non si ottengono risultati così immediati, con una sola dose di medicamento, come nei casi da noi trattati con il siero, ma che invece il miglioramento è progressivo e si consegue con successive iniezioni; inoltre queste provocano, nei casi a risultato favorevole, un rialzo termico più o meno marcato, che non ci è mai stato dato di osservare dopo le iniezioni di siero.

Nittis ad esempio, che può vantare in materia una notevole esperienza, non crede che l'efficacia del siero antidifterico, nelle angine acute comuni, sia da ascriversi all'attivo della etero-proteino-terapia, non avendo ottenuto apprezzabili risultati in diversi casi trattati con siero normale di cavallo e con iniezioni di latte.

Se l'ipotesi quindi che attribuisce all'azione del siero antidifterico il valore di una comune proteino-terapia aspecifica, è, alla luce delle nostre attuali conoscenze, quella più attendibile, tuttavia non esistono, secondo noi, elementi per trarre conclusioni definitive in tale senso.

È da augurarsi perciò che questa nostra breve nota sia di incentivo ad approfondire le cognizioni correnti in un campo che può rivestire importanza anche dal punto di vista batteriologico, oltre che terapeutico.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce gli ottimi risultati ottenuti, con l'uso del siero antidifterico, in 62 casi di angine acute comuni.

Non crede di poter trarre conclusioni circa il meccanismo d'azione del siero in tali forme, pur ritenendo come più probabile l'ipotesi che esso agisca alla guisa di una eteroproteino-terapia.

BIBLIOGRAFIA.

CIACCIA. Rivista di Clinica Pediatrica, fasc. VIII, 1922.
FRANCIONI. Rivista di Clinica Pediatrica, pag. 31, 1921.
FRANKE. Medizinische Klin. Woch., 1926.
MONDOLFO. *Criteri diagnostici, profilassi e terapia della difterite.* Pisa, 1915.
NITTIS. Presse Médicale, n. 91, 1933.
SCHACHTER. *La medicina de los ninos.* I, 1936.
WOODYATT. Citato da NITTIS.
KLEINSCHMIDT. Medizinische Welt., n. 8, pag. 262, 1936.

L'emboloterapia nella cura della tubercolosi polmonare.

Dott. GASPARE TRIOLO (Roma).

La cura della tubercolosi polmonare per mezzo dell'embolia provocata artificialmente, quale l'ho descritta in questa stessa Rivista (gennaio 1936) ha lo scopo di stimolare localmente il polmone alla produzione di tessuto congiuntivo.

Scrivevo allora « il meccanismo d'azione dell'emboloterapia è fisico perchè vi è occlusione dei vasi, che circondano la lesione, ma è anche *biologico* perchè per le modificazioni circolatorie che determina nelle regioni colpite si viene a stimolare l'organismo e più particolarmente il polmone alla produzione di connettivo ».

Or, perchè il processo che conduce alla formazione di tessuto connettivo si svolga nelle migliori condizioni *è necessario che l'organismo abbia la capacità di reagire.*

Ogni individuo, anche apparentemente sano, ha di fronte alle malattie infettive, e particolarmente di fronte alla tubercolosi, un coefficiente personale di resistenza, e perciò di difesa, e perciò di reazione.

Ciò è in relazione con molteplici fattori-ereditari, somatici, biologici, psicofisici, ecc., con tutto ciò insomma che costituisce il terreno.

Se l'infezione, o la tossi-infezione ha il sopravvento la resistenza dell'organismo viene

fiaccata, e nella tubercolosi polmonare in particolar modo l'indice di resistenza si riduce a valori minimi. Tutto ciò è stato intuito attraverso i secoli e la cura della tubercolosi polmonare è stata diretta a migliorare lo stato generale, a rilevare le forze difensive, ottenendo con mezzi semplicissimi, quali il riposo ed il soggiorno in campagna e una sana alimentazione, risultati buoni.

Però le migliorate condizioni generali non sempre sono sufficienti a determinare la guarigione delle lesioni polmonari.

Vi sono ammalati, in cui tutti i sintomi funzionali sono migliorati o scomparsi, in cui lo stato generale è divenuto ottimo e che mantengono tuttavia ostinatamente immutate le alterazioni del polmone. In questi casi è la cura locale che prende il suo diritto, e la Collassoterapia sotto tutte le forme trova la sua migliore indicazione.

L'*emboloterapia* realizza anch'essa una terapia locale tra le più razionali, in quanto che l'embolo che occlude i vasi polmonari è causa di reazione locale dei tessuti e di produzione circoscritta di congiuntivo. Ho potuto dimostrare ciò sperimentalmente nei conigli (vedi loco citato).

Ho dimostrato pure in un'altra nota (*Policlinico*, sezione medica, 1936) che nella tubercolosi polmonare l'embolo ha azione elettiva per i vasi delle zone malate, perchè solo in queste l'endotelio vasale è alterato, e l'embolo che è di proporzioni microscopiche vi può essere arrestato.

I risultati clinici dell'emboloterapia corrispondono al concetto teorico a cui si inspirano; essi sono buoni. Però non sono regolari, non sono costanti. Accanto a guarigioni insperate si trovano casi in cui la cura si mostra inoperante.

Tale irregolarità d'azione è evidentemente in relazione coi differenti mezzi di difesa che offrono i vari organismi e che sono tanto più deboli quanto più sono intossicati dal processo morboso.

Nella pratica dell'emboloterapia io mi sono servito della gelatina come agente produttore dell'embolo; ma l'embolo in realtà è costituito dai globuli del sangue, rossi e bianchi.

La gelatina agisce come sostanza cementante, agglomerando gli elementi sanguigni. Questi soltanto esercitano l'azione biologica di stimolo. Or i globuli sanguigni, i quali sono, dirò così, l'esponente biologico di resistenza di tutto l'organismo, esercitano azione efficace di stimolo se esso ha indice elevato di difesa e perciò di reazione; esercitano invece azione debole o sono addirittura incapaci di stimolare il tessuto polmonare nel caso contrario.

Ecco come si spiega la variabilità nei risultati clinici dell'emboloterapia: ecco perchè accanto ai risultati ottimi se ne trovano altri che sono mediocri o nulli addirittura.

Alla insufficiente attività dell'embolo, così formato, si può sopperire incorporando alla gelatina qualche sostanza che coadiuvi la debole azione degli elementi sanguigni nello stimolare i tessuti alla reazione. Si tratterebbe di esercitare sul polmone un'azione locale medicamentosa che agisca sinergicamente ai globuli sanguigni.

Nel 1934 allorquando ho proceduto nell'Istituto Forlanini a qualche esperimento di emboloterapia, ho aggiunto alla gelatina i *sali di calcio*; in seguito in pratica privata ho aggiunto i *sali d'oro*. Ma qualunque altra sostanza può essere impiegata, purchè sia capace di provocare uno stimolo locale alla reazione e *purchè non faccia correre alcun rischio all'ammalato*.

Abitualmente io procedo nella seguente maniera (ben inteso che il procedimento, per forza di cose, è molto elastico):

A) allorquando gli ammalati si trovano in buone condizioni generali, con lesioni limitate e non attive, mi servo della sola soluzione di gelatina al 4 %. Con una siringa contenente *2 cc.* di questa soluzione, ritiro da una vena del gomito *1 cc.* di sangue, che si mescola alla gelatina e forma immediatamente i piccoli emboli; inietto quindi lentamente nella stessa vena., L'iniezione va ripetuta dopo 5 giorni e per 3 volte. Se necessario, si ripete la serie dopo un mese. Contemporaneamente si praticano le cure abituali;

B) se gli ammalati hanno lesioni limitate ma con stato generale scadente mescolo alla gelatina una soluzione di gluconato di calcio, o un sale d'oro o le due sostanze contemporaneamente. In tal caso la soluzione di gelatina sarà più forte: al 6 %.

Sciolgo *2 cgr.* di Sanocrysine, o altro sale d'oro in *1 cc.* di soluzione di gluconato di calcio; aggiungo *1 cc.* di soluzione di gelatina al 6 %. Ritiro dalla vena *1 cc.* di sangue e inietto nella stessa vena il contenuto.

Riassumendo: nella pratica dell'emboloterapia è l'idea dell'embolo che è alla base della cura della tubercolosi polmonare. Che poi l'embolo sia costituito solamente da gelatina e globuli sanguigni, o che siano incorporate ad esso altre sostanze, capaci di stimolare più energicamente la reazione del polmone, ciò è questione di secondaria importanza.

Sarebbe quindi assurdo che l'uso di una so-

stanza piuttosto che di un'altra conducesse alla pretesa di singole scoperte nella cura della tubercolosi. Il nuovo metodo di cura è l'*emboloterapia*, cioè la cura per mezzo dell'embolia polmonare provocata. L'aggiunta di altre sostanze, o la formazione dell'embolo per mezzo di altre sostanze non può costituire che una semplice modalità del metodo. Nessuna sostanza può quindi essere ritenuta specifica in questo metodo di cura; solo l'emboloterapia è specifica, per quanto in tema di tubercolosi polmonare sia permesso di parlare di specificità. Ed infatti io non ho mai parlato della cura della tubercolosi per mezzo della *gelatina*, ma dell'emboloterapia della tubercolosi. Non insisto; ciò è abbastanza chiaro, ma è bene che sia inteso da coloro che mostrano d'ignorarlo (1).

(1) Il dott. LOCATELLI in *Minerva Medica* del 5 marzo 1938 ha scritto un articolo dal titolo: Chemioterapia *embolica*, in tbc. polmonare, secondo il metodo Bernay. Tanto il dott. Bernay, quanto il dott. Locatelli hanno finto di non conoscere i miei lavori, pubblicati in questa rivista, e largamente riassunti e commentati dalla *Presse médicale* del 9 maggio 1936.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
OSPEDALE S. SPIRITO - REPARTO CHIRURGICO
Prim. Prof. EGIDI

Una particolare frattura dell'arco vertebrale.

Dott. O. MAZZARELLA, Assistente

Un arco rappresenta la parte posteriore e laterale del canale vertebrale ed è costituito dall'insieme dei due peduncoli e delle due lamine. Dall'arco si dipartono, sulla linea mediana e posteriormente, l'apofisi spinosa; simmetricamente e lateralmente, le apofisi trasverse; anche simmetricamente e dirette in alto o in basso, le apofisi articolari superiore ed inferiore rispettivamente. Il segmento tra le due apofisi articolari di un lato si denomina «istmo» e costituisce come un crocevia apofisario (apofisi superiore, inferiore e trasversale) ed insieme zona di raccordo tra i due segmenti dell'emiarco: il peduncolo e la lamina. L'arco così architettato è una formazione articolare, di attacco muscolare e protettiva per il contenuto del canale vertebrale. La costituzione dell'arco è essenzialmente di osso compatto.

Ogni emiarco ha il proprio punto di ossificazione, che, alla sua volta, risulta dalla fusione a livello dell'istmo — nel corso del III mese della vita intrauterina — di due altri nuclei: uno per il peduncolo, l'apofisi articolare superiore e l'apofisi trasversa e l'altro per l'apofisi articolare inferiore, la lamina e metà dell'apofisi spinosa.

Le fratture dell'arco sono rare, specie come lesioni isolate. Su 30 casi raccolti dalla letteratura nel 1917 dal Pieri, 17 volte era interessato il segmento cervicale (9 volte l'atlante): 8 il dorsale e 13 il lombare. Nel tratto cervicale le più interessate sono la 2ª, 6ª e 7ª; nel tratto lombare, la 1ª, 2ª e 5ª. La statistica del Fumagalli registra, su 86 fratture vertebrali, 7 volte interessamento dell'arco e in prevalenza — 3 volte su 7 — dell'arco dell'atlante.

Nella maggioranza dei casi la lesione è bilaterale ed interessa una sola vertebra; secondo Pieri, lesioni isolate sono state osservate solo da Mixter e Orgood, Maire e Raymond, Gusmitta, Picqué, Legouest, Delbet, Peugniez.

La rima di frattura, a seconda della direzione e della estensione, può interrompere o meno la continuità dell'arco. Nel primo caso la frattura può interessare:

a) il peduncolo;
b) l'istmo;
c) la lamina.

Nella frattura della lamina, la rima è per lo più in vicinanza dell'istmo, ma può essere vicina all'apofisi spinosa. La rima di frattura è in genere verticale e bilaterale ma può riscontrarsi più o meno obliqua e, come è stato detto, unilaterale.

Gli spostamenti dei frammenti descritti o teoricamente possibili si possono così riassumere: nelle fratture bilaterali degli istmi, la vertebra, non più ancorata posteriormente, può spostarsi in avanti della vertebra sottostante a livello del disco (lussazione) o di un possibile piano di frattura del corpo della vertebra sottostante (dislocazione). Un tale spostamento è possibile nelle fratture bilaterali dei peduncoli con lesioni contemporanee a livello delle articolazioni o processi articolari superiori; nelle fratture unilaterali lo spostamento dei frammenti è nullo o minimo; nelle fratture doppie di una lamina o delle due lamine il frammento arcale può dislocarsi anteriormente verso il canale con grave pericolo di compressione e di lesione del contenuto.

Nelle fratture interessanti l'arco, senza per'altro interromperne la continuità, sono descritte le seguenti varietà, in genere come lesioni associate (fig. 1):

a) frattura dell'apofisi articolare superiore e del peduncolo dello stesso lato;

b) frattura dell'apofisi articolare superiore, del peduncolo e del corpo vertebrale;

c) frattura del processo spinoso, del peduncolo e del corpo vertebrale;

d) distacco di una scheggia dalla corticale interna della lamina (Folly) o dai margini (Wagner e Stolper).

La dislocazione dei frammenti in questo gruppo è possibile per lesioni associate: è probabile che risulti più frequente che non sia realmente poichè essa aiuta a scoprire la lesione sui radiogrammi.

La guarigione delle fratture arcali avviene per callo osseo e non è, in genere, stentata; Fumagalli ha constatato guarigione completa in un caso con forte diastasi. Nelle fratture bilaterali sono segnalate pseudoartrosi.

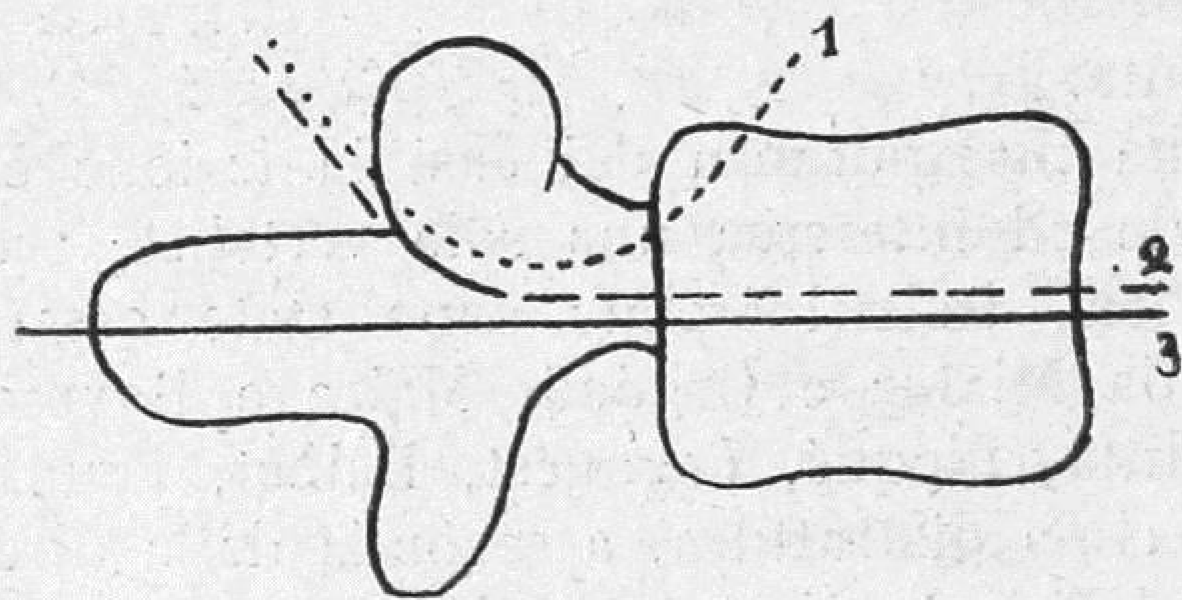


FIG. 1. — Secondo Heuritsch.

La sintomatologia immediata, a prescindere da altre lesioni, può essere data dal dolore più o meno localizzato, spontaneo e provocato coi movimenti e con la pressione; impotenza funzionale; gonfiore ed ecchimosi; gibbo angolare, disassamento o aumento della distanza tra due processi spinosi; contrattura; mobilità dei frammenti; crepitio; fatti compressivi del midollo; fenomeni d'irritazione o di deficit radicolare (parestesie, dolori violenti irradiati, anestesie, paralisi). Può presentarsi una sintomatologia tardiva per fatti articolari (artrosi) dovuti a modificate condizioni statiche, per compressione da parte di calli ossei esuberanti e per spostamenti secondari dei frammenti.

Diagnosi difficile. Il radiogramma è spesso di non facile interpretazione, in particolar modo nelle lesioni unilaterali. Le proiezioni laterali sono di maggiore ausilio. Alcuni AA. consigliano la stereoradiografia.

Circa il trattamento, si consiglia l'immobilità assoluta a letto su piano rigido e trazione (Fumagalli); la riduzione in iperstensione ed apparecchio gessato (Bölher); la laminectomia nei casi di compressione (Serra); intervento chirurgico tardivo nei casi di calli ossei ipertrofici con fenomeni compressivi.

Nella grande maggioranza dei casi il meccanismo di frattura è diretto: la forza si trasmette all'arco attraverso il processo spinoso; per lo più cedono le lamine, ma per una forza di estrema violenza possono fratturarsi i peduncoli. Tale meccanismo spiega la frequenza relativa di tale tipo di frattura a livello di vertebre che abbiano l'arco più orizzontale (segmento C. e L.) o con apofisi spinosa più sporgente (6, 7, C.). Tuttavia, i casi di Dubois, Trepagne, Quercioli, Donati sono sicuramente dovuti a traumi indiretti.

Quanto è stato detto riassume le conoscenze attuali sulle fratture dell'arco vertebrale. Tra le molte incertezze risulta:

a) bene stabilita la rarità di tali lesioni, specie come fatto unilaterale, almeno secondo informazioni radiologiche che certo non sono sempre sufficienti per escludere una frattura di tale tipo;

b) l'assoluta prevalenza — nel meccanismo di frattura — del trauma diretto;

c) la scarsa gravità immediata e tardiva della lesione isolata.

Per tali considerazioni, credo degno d'interesse un caso occorsomi presso l'Ospedale di S. Spirito.

C. P., a. 29, vetturino. Nel 1926 operato di appendicectomia e gastroenterostomia per ulcera. Il 15-2-1932, veniva investito da una vettura tramviaria e proiettato con violenza di sei sette metri lontano dal posto di guida della carrozza. Ricoverato in ospedale, fu riscontrata contusione lombare destra e contusione regione glutea d.; dai radiogrammi fu diagnosticata una lussazione del-



FIG. 2.

la terza L. sulla seconda. Fu curato col riposo a letto su piano rigido. Durante la degenza, dolori alla schiena nel tratto lombare. Un esame clinico del settembre 1932 fornisce i seguenti dati: il paziente si lamenta di dolori lungo l'arto inferiore destro; lieve scoliosi a convessità d.; nella posizione di attenti, la cresta iliaca d. è situata in un piano superiore della contro-laterale; l'arto destro poggia sul suolo in posizione di equino; deambulazione claudicante; arto inferiore d. non accorciato. *E. O.* del giugno 1935 e del maggio 1936 fanno rilevare, inoltre, un disassamento della linea delle apofisi spinose tra seconda e terza L. con deviazione a d. del segmento superiore; pos-

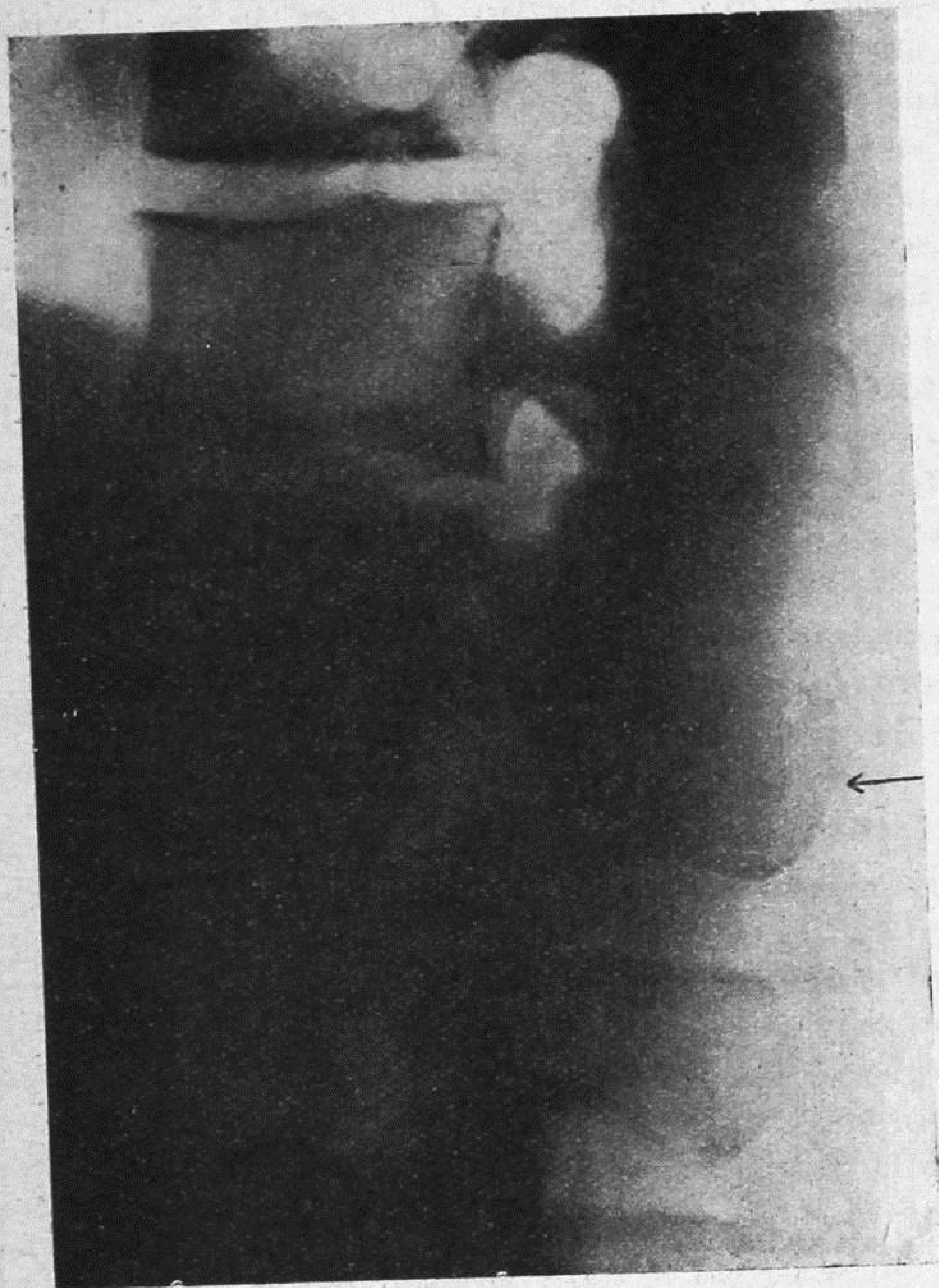


Fig. 3.

sibili e indolori tutti i movimenti del tronco; la circonferenza della coscia d. è diminuita di 4 cm. e quella della gamba di un cm.; zona di anestesia sulla faccia interna e ipoestesia delle regioni anteriore ed esterna della coscia d.; riflessi normali; diminuzione della eccitabilità faradica e galvanica di tutti i muscoli e nervi dell'arto inferiore d., specie del quadricipite; nessun accenno a reazione degenerativa; R. W. negativa; azotemia e glicemia normali.

Un esame radiografico praticato nel 1935 nelle proiezioni sagittale e laterale — eseguite da un esperto e stimato radiologo — dà il seguente reperto: « a carico della colonna non sono visibili lesioni traumatiche nè pregresse nè in atto. Nella proiezione laterale si fanno però manifeste in tutte le vertebre esaminate delle impronte riferibili al nucleo polposo, alcuni dei corpi vertebrali si presentano alquanto cuneiformi. Nessuna di queste alterazioni riveste il carattere traumatico, ma la molteplicità e la morfologia di esse le rende invece riportabili ad una alterazione di sviluppo. Non si nota spondilolistesi nè questa potrebbe esistere data l'integrità dei peduncoli e della apofisi articolare ».

Un terzo esame radiografico eseguito nel 1936, dà le seguenti interpretazioni (fig. 2, 3 e 4).

Lussazione laterale tra seconda e terza vertebra L. (il processo articolare inferiore d. della seconda L. è lussato esternamente al processo articolare superiore della terza L.). Frattura della base dell'apofisi trasversa d. della terza L. Disassamento della linea delle apofisi spinose tra seconda e terza L. Forame di coniugazione tra seconda e terza L. irregolare e deformato. Noduli di Schmorl a carico delle vertebre XII D., I e II L.

Il paziente rientra in ospedale il 3-3-1937, per gravi ematemesi e melena e muore il 6-3-1937.

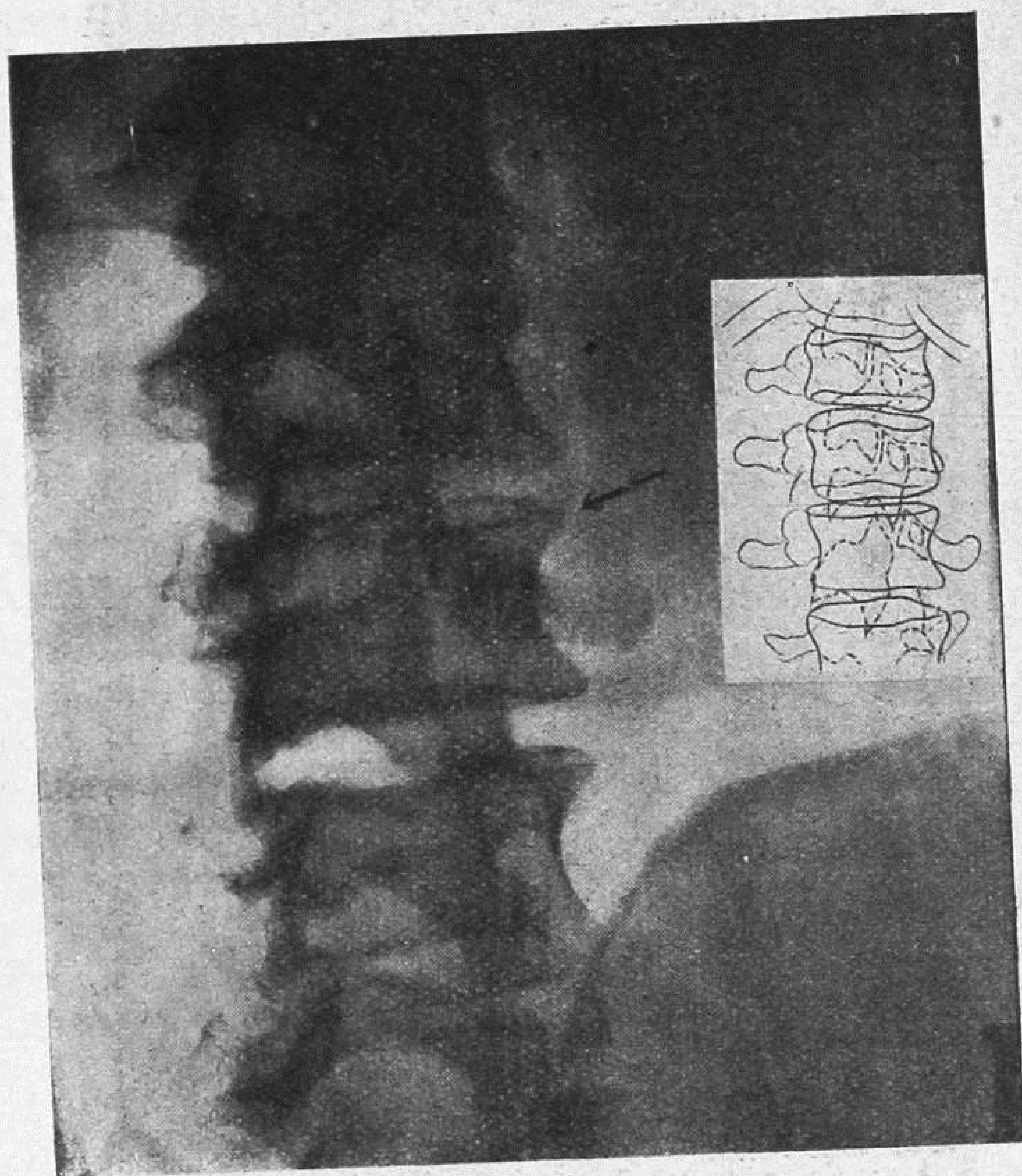


Fig. 4.

All'autopsia si preleva il tratto lombare della colonna e, dopo macero, si riscontra interruzione dell'arco della III vertebra a livello dell'istmo destro; tra i frammenti è situato il processo articolare inferiore della vertebra soprastante: si tratta di una pseudoartrosi o meglio di una neoartrosi esito di frattura; diastasi dell'articolazione controlaterale tra II e III vertebra; disassamento della linea delle apofisi spinose; il margine inferiore della lamina d. della II. L. presenta una intaccatura che accoglie uno sperone osseo del frammento mediale dell'arco fratturato (fig. 5).

Una spondilolisi congenita — a livello dell'istmo — può dare il reperto di una interruzione ossea unita da tratti fibrosi oppure di una pseudo-artrosi: bisogna perciò domandarsi se questa è una lesione di tale tipo; nell'osservazione presente c'è un fatto che l'esclude sicuramente: una radiografia precedente al trauma da cui non è rilevabile nessuna anormalità; la lesione congenita inol-

tre è bilaterale e, in genere, a carico della V L. e non di rado si accompagna a spina bifida.

Se le fratture dell'arco sono rare, le fratture della zona istmica debbono essere eccezionali e non conosco casi documentati anatomicamente. Esse sono state invocate nella patogenesi della spondilolistesi, dove per un cedimento progressivo e bilaterale dell'istmo, la vertebra slitta in avanti in maniera più o meno pronunziata, per cui si parla di « spondilolisi », « spondilochisi », « spondiloptosi ».

Più accreditata è per altro l'origine congenita, almeno come condizione predisponente (prespondilolistesi), interpretata come un difettoso o mancato saldamento dei due nuclei dell'emiarco, fatto normale nei rettili e che, come è stato detto, si compie proprio a livello dell'istmo. Nell'origine puramente congenita si tratterebbe di un allungamento; nella traumatica, su base congenita, di una interruzione degli istmi. Il Gerlach non ha potuto riprodurre sul cadavere tali fratture per cui sostiene il fattore congenito come indispensabile.

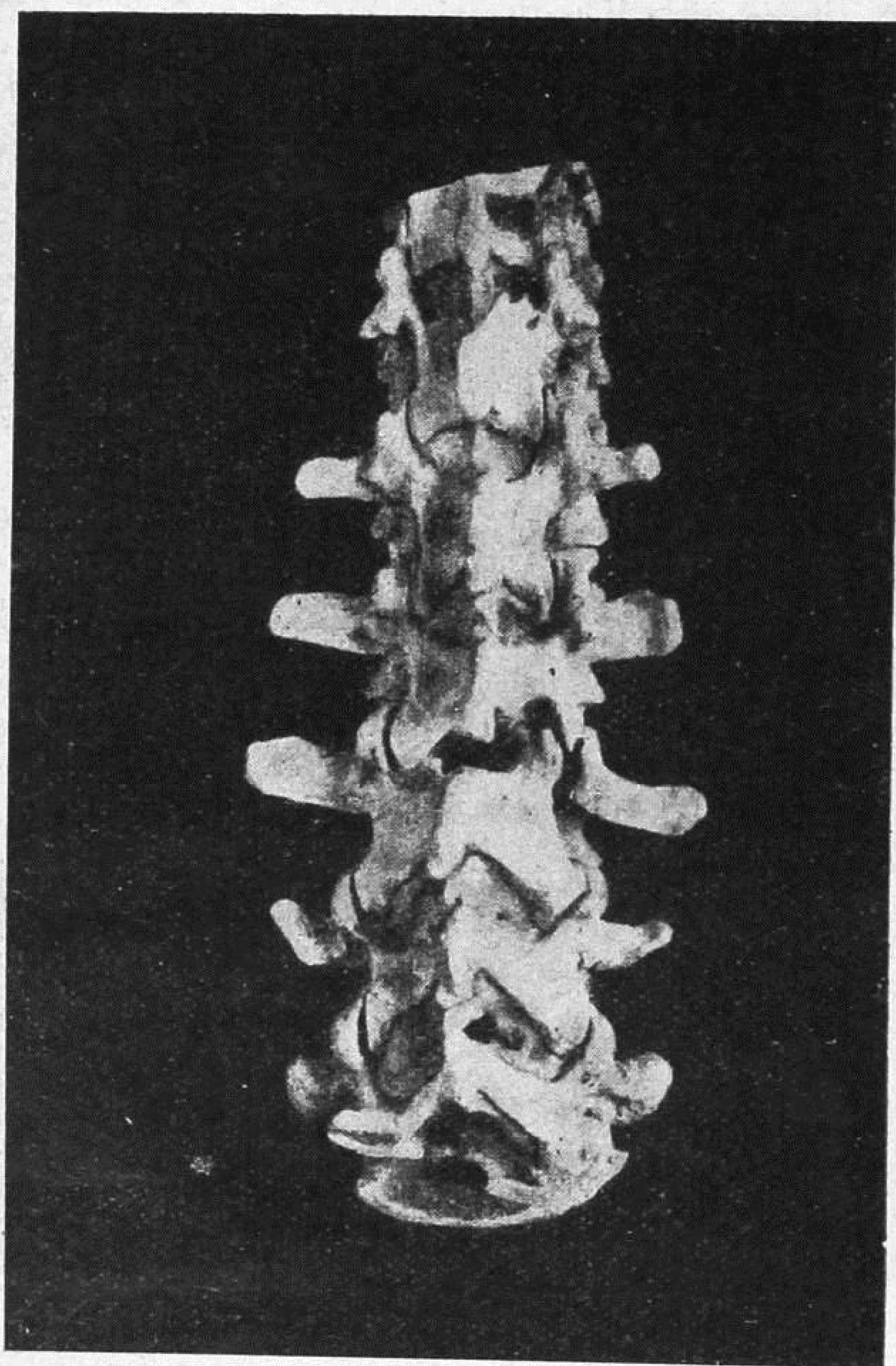


FIG. 5.

Il caso descritto sembra in appoggio della teoria puramente traumatica, pure essendo a carico della III L.

Infatti, se la spondilolistesi è di norma osservata tra V. L. e I. S., essa è stata descritta a tutti i livelli del tratto L. e secondo Bölher è possibile a qualsiasi livello della colonna. Nel 1917 il Pieri riportava 4 casi di spondilolistesi di accertata natura traumatica, pur non trattandosi di fratture istmiche, ma di lesioni più o meno complesse.

È stato già detto che le fratture dell'arco sono in genere conseguenze di trauma diretto sul processo spinoso e da questo trasmesse alle lamine ed ai peduncoli: le fratture dell'istmo, certamente, possono riportarsi a tale meccanismo, ma nel tratto L., per la peculiarità anatomica dei processi articolari (con faccette orientate sagittalmente) e istmo (meno resistente) è ammesso anche il trauma indiretto per strappamento (da forte contrazione muscolare); per iperflessione (da trazione?); per iperestensione (l'istmo si trova compresso fra i processi articolari delle vertebre sopra e sottostanti come in una ghigliottina). Il meccanismo indiretto è più adatto a spiegare le fratture bilaterali degli istmi e perciò della spondilolistesi traumatica.

Nella presente osservazione non è possibile precisare il meccanismo, certo è più probabile quello diretto per la unilateralità della lesione e per i segni di contusione della regione.

È chiaro, in questo caso, la sofferenza della II radice L. d. che partecipa tra l'altro all'innervazione motoria della psoas e del quadricipite attraverso il n. femorale; degli adduttori, attraverso il n. otturatorio; e all'innervazione sensitiva della faccia mediale della coscia, attraverso il n. genito-crurale; delle facce anteriore ed interna, attraverso il n. femorale; della faccia esterna attraverso del n. femoro-cutanea laterale.

Questo caso è stato oggetto di tre esami radiografici: nel 1° fù diagnosticata una lussazione tra II e III L.; nel 2° non fù rilevata nessuna lesione acquisita; in entrambe furono praticate le proiezioni sagittali e laterale: è questa una principale ragione del mancato riconoscimento della frattura. È vero che il rilievo radiografico delle fratture arcali specie delle unilaterali è ritenuto difficile, non sempre possibili e più agevole nella proiezione laterale, ma nelle fratture dell'istmo è lecito pensare che le proiezioni emilaterali siano le più adatte a scoprire tale genere di lesioni, se si vuol giudicare in base a considerazioni di ordine anatomico e all'esempio offerto dalla presente osservazione. Nel 3° esame radiografico furono precisamente tali proiezioni che fecero ammettere sicuramente una lesione acquisita e se essa non fù esattamente inter-

pretata, non fù certo colpa del radiogramma; è facile rilevare da esso che la scontinuità è a carico dell'arco della III L. e lascia, da una parte, l'apofisi articolare superiore, il peduncolo e l'apofisi trasversa; e dall'altra il processo articolare inferiore e la lamina risponde cioè alle caratteristiche per essere definita frattura dell'istmo (fig. 4).

Credo che in questo genere di lesioni, la proiezione emilaterale e lo schema relativo della zona radiografica siano il migliore ausilio della esatta diagnosi.

RIASSUNTO.

Si riassumono le attuali conoscenze sulle fratture dell'arco vertebrale e si riporta un caso di frattura unilaterale dell'istmo d. della III L. con esito in pseudoartrosi: l'A. non conosce altre osservazioni con le suddette caratteristiche.

SUNTI E RASSEGNE

RENI E VIE URINARIE.

Metodi semplici per constatare una insufficienza renale.

(E. BECHER. *Med. Welt*, 12 novembre 1938).

Metodi molto semplici permettono di diagnosticare una insufficienza renale e di orientarsi sulla funzione del rene. Le principali attività del rene son due: la escrezione e il ricambio intermedio dell'organo. La prima ha lo scopo di mantenere costante la composizione dei liquidi dell'organismo, le prove della funzionalità renale si basano sopratutto su questa funzione. Tra i compiti del ricambio intermedio del rene predomina per importanza la produzione dell'ammoniaca: un disturbo di questa funzione è un importante sintomo dell'insufficienza renale. La constatazione di una insufficienza del rene è importante per la prognosi e per la terapia e contribuisce inoltre alla determinazione del genere di malattia renale.

Mentre il rene sano riesce ad adattare la sua attività ai bisogni dell'organismo, diluendo o concentrando l'urina a seconda della maggiore o minore disponibilità di acqua, il rene insufficiente perde questa capacità: il peso specifico dell'urina si avvicina allora a quello del plasma sanguigno dealbuminato che è costante sui 1010. Se un ammalato di reni presenta un peso specifico di circa 1020 nell'urina raccolta durante tutta la giornata, esso quasi sicuramente non ha dei reni insufficienti; se invece il peso specifico dell'urina si mantiene per lungo intorno ai 1010 si può diagnosticare una insufficienza renale, sopratutto se il peso specifico non varia in seguito ad ingestione od a perdite di rilevanti quantità di acqua. Un altro segno semplice dell'insufficienza renale è il colore molto chiaro dell'urina, sopratutto se questo colore si mantiene anche nell'urina concentrata (perdite di acqua extrarenali, febbre). Il colore chiaro dipende dal fatto che le sostanze coloranti dell'urina vengono eliminate nei loro stadi preliminari incolori e non vengono nel rene ossidate fino a dare le sostanze colorate: se queste urine chiare si espongono alla luce del sole o si ossidano in altro modo (aggiunta di permanganato) esse acquistano il colore dell'urina normale. Una parte dei componenti incolori, stadii preliminari delle sostanze coloranti dell'urina, sono trattenute nel sangue e nei tessuti nelle parti esposte alla luce esse vengono ossidate: questo conferisce agli ammalati di forme medie e gravi di insufficienza renale una caratteristica colorazione giallo-grigiastra della pelle.

Se in un paziente si constatano un peso specifico dell'urina fisso intorno ai 1010, un colore particolarmente chiaro dell'urina e una colorazione grigio-giallastra della pelle al viso e alle mani si può senz'altro diagnosticare una insufficienza renale.

I detti sintomi possono mancare nelle forme più leggere, per diagnosticare le quali si ricorre alle prove di carico.

Se si danno la mattina a digiuno 1500 cmc. di acqua o di thé leggero e si raccoglie l'urina ogni mezz'ora, si vede che nel sano la quantità totale dell'acqua ingerita viene eliminata entro 4 ore, e che le singole porzioni di ogni mezz'ora variano molto in quantità, fino al massimo di 400 cmc. Il peso specifico diminuisce fortemente fino a 1002 e anche 1001. Nell'insufficienza renale invece la quantità di urina eliminata è inferiore a quella dell'acqua ingerita; la quantità di urina emessa ogni mezz'ora varia meno che nel sano, la quantità massima è inferiore ai 400 cmc., il peso specifico diminuisce meno. Questa prova permette di riconoscere se una nefrite acuta apparentemente guarita con albuminuria residua sia davvero guarita o no. Fattori extrarenali possono disturbare questa prova della diluizione: se la prova dà risultati anormali in seguito a fattori extrarenali, viene però mantenuta la rilevante differenza tra la quantità di urina emessa nelle singole mezze ore.

La prova della concentrazione consiste nel tenere l'ammalato a dieta asciutta: il sano dopo una mezza giornata o più emette una urina il cui peso specifico arriva a 1030 o oltre; nell'insufficenza renale si perde più o meno questa capacità di concentrare l'urina. Se in una nefrite apparentemente guarita è persa la capacità di concentrazione si può ammettere trattarsi non di una innocua albuminuria residua ma di una nefrite cronica non più curabile.

Un altro metodo semplice per esaminare la funzionalità del rene è la prova di carico alcalino. Se si somministrano ogni due ore 5 gr. di bicarbonato di sodio, l'urina del sano assume reazione alcalina già dopo la prima o la seconda somministrazione. In casi di disturbata funzione del rene si devono dare maggiori quantità di alcali per trasformare la reazione dell'urina, in casi gravi fino a 50-80 gr. di bicarbonato.

Le prove di diluizione e di concentrazione possono rivelare una insufficienza del rene anche in casi in cui la composizione chimica del sangue non è ancora alterata. Nella insufficienza renale sono ritenute nel sangue quantità supernormali di urea, acido urico, e sostanze aromatiche. Un aumento delle prime due sostanze si osserva in alcuni casi in cui le prove di concentrazione, diluizione e carico alcalino dànno risultati normali: esso non indica una insufficienza renale come lo dimostra anche l'assenza di aumento di sostanze aromatiche. L'esame chimico del sangue nelle malattie renali ha lo scopo di determinare la quantità di urea, di indacano, o delle sostanze aromatiche nel loro complesso (reazione Xanto-proteinica di Becher).

P.

Vaccinazione per via orale nelle pielonefriti da "Bacterium coli".

(M.ME AÏTOFF e M. DAUNAY. *Paris Médical*, n. 49, 3 dicembre 1938).

Gli AA. osservano che la colibacillosi presenta grandi varietà di localizzazioni e di sintomatologia. La sorgente primitiva della colibacillosi è da ricercarsi in una lesione intestinale; infatti, attraverso lesioni della mucosa, continuano a versarsi in circolo quantità sempre rinnovabili di colibacilli i quali vanno ad alimentare le infezioni secondarie localizzate nei vari organi (cistiti, pielonefriti, metriti, otiti, rinofaringiti, ecc.). Quindi gli AA. ritengono che per debellare qualsiasi infezione dovuta a batterium-coli, solo od associato ad altri germi (B. di Eberth, Schottmüller, ecc.), bisogna indirizzarsi verso la causa prima che risiede nell'intestino.

Senza negare l'importanza di altri procedimenti terapeutici, gli AA. ritengono che la vaccinazione locale secondo il metodo di Besredka possa ottenere buoni risultati in quanto ha per scopo di rinforzare la barriera biologica naturale e si indirizza non solamente al contenuto del tubo digerente (come fanno gli antisettici) ma sopratutto al contenente, vale a dire alla parete intestinale stessa.

Gli AA. richiamano l'attenzione sopra un punto del metodo particolarmente importante: l'assunzione di bile come coadiuvante della vaccinazione. Infatti la bile assorbita a digiuno, disciogliendo il muco e liberandone la mucosa, permette alla parete intestinale di assorbire più facilmente il vaccino. A convalida di ciò gli AA. hanno eseguito delle ricerche sperimentali su conigli, dimostrando che i conigli vaccinati con la bile sopportavano perfettamente dosi di germi mortali per altri vaccinati senza bile.

Gli AA. citano 32 casi di pielonefriti da colibacillo trattati con la vaccinazione per via orale, di cui 15 durante la gravidanza, 9 durante il puerperio e 8 all'infuori di queste due condizioni.

Gli AA. hanno usato un vaccino polivalente associato con quegli altri germi che caso per caso hanno riscontrato nelle urine. In tutti i casi si era fatta precedere l'assunzione a digiuno di una pillola di bile.

Gli AA. osservano la resistenza particolare delle pielonefriti gravidiche nelle quali i risultati non furono così brillanti come nelle altre forme, ma pur tuttavia osservano che usando il vaccino per via orale per un lungo periodo si possono ottenere dei buoni risultati, sopratutto per quanto riguarda lo stato generale ed il miglior espletamento del parto.

Negli altri casi i risultati invece sono stati più evidenti e più brillanti.

Gli AA. richiamano l'attenzione del Medico pratico su questo metodo di vaccinazione in quanto non presenta alcun danno, non è tossico, permette un trattamento di lunga durata e dà buoni risultati anche in quei casi in cui altri metodi hanno fallito.

S. F.

Cura del cancro della vescica con raggi X ad altissimo voltaggio.

(R. DRESSER e J. C. RUDE. *The Journal of the Americ. Medic. Assoc.*, 12 novembre 1938).

La percentuale di guarigione dei tumori maligni con qualsiasi metodo di cura attualmente in uso non è alta, sia che si tratti di tumori superficiali che profondi.

Recentemente uno dei due AA. ha riveduto tutti i tumori cutanei trattati chirurgicamente e radiologicamente studiandoli in rapporto colle dimensioni della lesione. Fu stabilito così che gli epiteliomi che non oltrepassano il diametro di 1 cc. dànno 95 % di guarigioni tanto chirurgicamente che coi raggi. La percentuale cade al 50 % se le dimensioni sono di cm. 2 1/2 di diametro.

I tumori profondi che devono essere irradiati attraverso uno spessore vasto di tessuti sani sono meno beneficamente influenzati dai raggi.

In una comunicazione fatta oltre un anno fa da uno degli AA. fu notato che su 24 casi di tumori vescicali curati con raggi Roentgen a 2000 Kilovolts, sette soli presentavano condizioni favorevoli tali da poter fare la sola irradiazione esterna, e solo in 2 casi si ebbe utilità vera dalla cura.

Ritenendo insufficiente il voltaggio adoperato, gli AA. usarono un apparecchio che per-

mette di giungere a 1.000.000 di volts con 3 milliampères e usarono nell'applicazione un filtro di rame spesso mm. 10,5. La tolleranza al supervoltaggio di 1 milione è quasi doppia di quella del voltaggio 2000 tanto per la dose eritema quanto per i disturbi generali (nausea, vomito, malessere).

La dose totale adoperata è stata di 3000 R, con una dose quotidiana di 400 R. In tutti i casi ebbero manifestazioni cliniche, di breve durata, di irritazione vescicale e rettale.

Furono curati 26 casi di tumore inoperabile della vescica. In 7 casi (26,9 %) si ebbe regressione del tumore completa o quasi tanto da permettere un ulteriore trattamento colla folgorazione o col radium. In 9 casi (34,6 %) si ebbe regressione parziale dei sintomi. Nessun miglioramento in 10 casi (38,4 %).

Questi risultati sono certamente migliori di quelli ottenuti con voltaggio più basso.

R. S. Stone, discutendo questa comunicazione, dichiara di non essere favorevole al supervoltaggio. L. H. Garland ritiene che il beneficio del super voltaggio è solo quello di poter fare delle irradiazioni a distanza maggiore e di minor durata, ma non di avere un'azione biologica diversa.

J. Ullmann ha notato che il tempo di osservazione dei malati su cui riferiscono gli AA. è stato troppo breve (15 mesi), per consentire un giudizio sicuro.

J. T. Murphy riferisce sulla sua eperienza: usando 400 Kilovolts con 200 R al giorno ebbe risultati palliativi buoni. Insiste sull'azione puramente palliativa dei raggi X qualunque ne sia il voltaggio.

R. Dresser fa notare che l'usare il supervoltaggio è quasi come usare raggi del tipo gamma del radium. Egli si domanda se in avvenire si aumenterà ancora questo fortissimo voltaggio giungendo a usare 3 milioni di volts e anche più (però attualmente non abbiamo apparecchi che diano raggi con questo supervoltaggio). R. L.

SISTEMA NERVOSO.

Meningoradicolite a inizio con sintomatologia tumorale (pseudo-tumor medullare).

(V. PORTA. *Minerva Medica*, 10 novembre 1938).

Per meningo-radicolite s'intende una forma morbosa che decorre sotto l'aspetto di polinevriti, in cui però la possibilità di disturbi riferibili esclusivamente alle vie motorie o a quelle sensitive, il frequente interessamento dei nervi cranici, i quasi costanti leggeri disturbi degli sfinteri, e sopratutto la costanza di alterazioni liquorali precoci permettono di stabilirne la sede non nei tronchi nervosi periferici, ma invece lungo le radici spinali. Può a volte la lesione estendersi o verso il midollo (meningomieloradicolite) o verso la periferia (radicolo-nevriti).

La malattia può insorgere primitivamente oppure seguire svariate malattie infettive. Sembra che l'agente patogeno sia un virus filtrabile.

Caratteristiche cliniche: tendenza alla guarigione ed alterazione del liquor con frequente dissociazione albumino-citologica.

L'A. riferisce due casi nei quali la sintomatologia poteva far ritenere trattarsi di tumor intrarachideo, mentre il decorso ulteriore della malattia, con regressione progressiva dei sintomi morbosi, fece porre la diagnosi di meningo-radicolite.

L'A. ritiene trattarsi di fatti congestizi ed edematosi interessanti sopratutto l'aracnoide e le radici spinali nel loro tratto intermeningeo, accompagnati da formazione di sinechie meningo-radicolari che però si distinguono da quelle propriamente aracnoidee per essere non ancora organizzate e quindi passibili di riassorbimento spontaneo o terapeutico, salvo che per eccessiva durata o intensità del processo edematoso si stabilisca una degenerazione definitiva delle fibre nervose radicolari, come pare avvenire in qualche caso.

La mielografia permette spesso di differenziare alcuni casi dubbi e interpretarli come forme di aracnoidite cistica o adesiva.

Si va così dalle neoformazioni flogistiche o cistiche che agiscono come veri e propri tumori, fino alle forme, di aspetto clinico spesso mal definito, dovute a processi cicatriziali o adesivi tra le meningi spinali.

F. TOSTI

Sulfanilamide nella cura dell'ascesso cerebrale e nella prevenzione della meningite.

(F. BUCY. *Journ. Americ. Med. Assoc.*, 29 ottobre 1938).

La guarigione di ascessi cerebrali e la prevenzione della meningite streptococcica colla sulfanilamide non erano state ancora descritte. Solo il Rowe l'aveva adoperata in due casi associandola al drenaggio del focolaio suppurativo.

L'A. descrive un caso in cui la cura fu fatta solo con sulfanilamide, senza drenaggio.

Si trattava di una bambina di 4 anni che ebbe dolore all'orecchio D e, 12 giorni dopo, dolore e vomito. Dopo circa un mese dall'inizio della malattia l'orecchio fu trovato perfettamente sano mentre c'erano disturbi nervosi: capo ruotato a sin., edema papillare, atassia, deviazione a sinistra dei bulbi oculari, riflessi tendinei, più vivaci a D., Babinski presente bilateralmente, spasmi a D., febbre e dispnea moderate.

Fu fatto drenaggio dei ventricoli laterali e si ebbe miglioramento solo della sonnolenza.

Successivamente fu fatta una breccia cranica occipitale attraverso la quale con puntura esplorativa fu estratto del pus contenente streptococco emolitico. Le comunicazioni fra superficie cerebellare, cisterna magna, quarto ventricolo e spazio spinale subaracnoideo erano largamente aperte. Fu iniziata allora cura con sulfanilamide. La bambina era perfettamente guarita dopo quindici giorni.

Secondo l'A. in questo caso non si può dubutare dell'efficacia della sulfanilamide nel prevenire la meningite streptococcica, mentre meno chiara appare l'efficacia sull'ascesso. Egli propone che si segua il seguente procedimento in tutti gli ascessi cerebrali: fare una breccia cranica in corrispondenza dell'ascesso, aspirare il pus e somministrare sulfanilamide. Se questo è sufficiente non occorre fare altro, se no, in secondo tempo l'ascesso si aprirà, si vuoterà, si drenerà. R. L.

Le polinevriti da zolfo.

(M. SCHACHTER. *Gazette des hôpitaux*, n. 100, 14 dicembre 1938).

La lista già lunga delle polinevriti medicamentose si arricchisce quest'anno di un quadro clinico non ancora descritto: la polinevrite consecutiva all'impiego terapeutico delle preparazioni di zolfo.

Lo zolfo, adoperato largamente nella cura delle grandi infezioni (gonococco, stafilococco, colibacillo, ecc.), causa disturbi e talvolta anche gravi pericoli.

Per primo Janet nel 1937 descrisse un caso di polinevrite dovuta a ingestione, da parte di un malato di ureterite blenorragica, di 4 gr. di preparato zolforoso (1162 F).

Gli urologi tedeschi Hüllstrong e Krause nel 1938 hanno stabilito sperimentalmente in un caso di uretrite blenorragica l'esistenza della polinevrite da zolfo e dopo di loro altri AA. poterono studiare dei casi di polinevrite in malati sottoposti a trattamenti zolforosi.

Lo studio di tutti questi casi induce l'A. a stabilire che la polinevrite da zolfo è caratterizzata dalle seguenti manifestazioni:

1) localizzazione elettiva negli arti inferiori, segmenti distali (raramente localizzazione simultanea negli arti superiori);

2) diminuzione o abolizione degli achillei e conservazione dei rotulei;

3) sensibilità normale;

4) assenza di amiotrofia e (salvo rari casi) della R. D.

Quindi la polinevrite da zolfo è a carattere puramente motore.

Sembra escluso, secondo Hüllstrong e Krause, che questa polinevrite possa essere messa in relazione con l'infezione blenorragica, in primo luogo perchè dei casi di infezioni streptococciche trattati con preparati di zolfo furono ugualmente seguiti dalla stessa complicazione, ed in secondo luogo perchè la polinevrite blenorragica è caratterizzata da disturbi della sensibilità molto accentuati e da atrofie muscolari precoci molto intense, sintomi che non esistono nella polinevrite da zolfo. Alcune esperienze fatte dagli stessi H. e K. su alcuni piccioni hanno dimostrato la natura solforosa delle polinevriti osservate in clinica e fatto sorgere l'ipotesi che la vitamina B_1 possa influire favorevolmente sul loro insorgere.

La pol. da zolfo si installa da 12 a 40 giorni dopo la cessazione della cura solforosa; le dosi ingerite variano dai 15 ai 60 gr. Quest'ultima constatazione ha spinto Scherens a consigliare di mai sorpassare la dose di 12-15 gr.

La diagnostica differenziale potrà stabilirsi con le altre polinevriti medicamentose: da un quadro schematico fatto dall'A. si può osservare come la pol. sol. si avvicini più di tutto alla polinevrite apiolica.

Il pronostico è favorevole; ma sono necessari molti mesi per la *restitutio ad integrum*.

La cura è la stessa che per tutte le polinevriti (massaggi, elettroterapia, stricnina); ma l'aggiunta di parecchie serie di iniezioni di vitamina B_1 sembra accelerare la guarigione. S. F.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

La costituzione della donna e la lotta contro i fattori di sterilità. (Luigi Pozzi, Editore. Roma, L. 65).

Clinici illustri, cultori della ginecologia, della scienza delle costituzioni, della fisiopatologia della crescenza, dell'endocrinologia, sono convenuti lo scorso anno a Salsomaggiore a portare il loro contributo di idee e di fatti alla grande battaglia che il Regime ha affrontato e combatte per la cura e per la preparazione della madre feconda. Ortogenesi sessuale delle adolescenti, vigilanza e cura attenta e continua della sposa per la conservazione della sua fecondità e la lotta contro i fattori di sterilità, ecco gli argomenti trattati nel convegno ed oggi offerti, ai cultori dei problemi di medicina costituzionalistica ed endocrinologica in ampie relazioni riunite in un volume in magnifica veste tipografica curata dal prof. V. De Blasi della Regia Università di Genova, Ginecologo delle Regie Terme di Salsomaggiore.

Al testo italiano fanno seguito i testi in lingua francese o tedesca ed un esteso riassunto in quattro lingue: italiana, tedesca, francese e inglese; è libro quindi che può correre per le mani di ogni studioso dei problemi medico-sociali che oggi si agitano.

Con questa riuscitissima pubblicazione la gestione di Stato, cui è a capo S. E. il Gr. Uff. Rizzatti dà nuova tangibile dimostrazione dell'apporto incessante e multiforme che le RR. Terme di Salsomaggiore danno alla battaglia

demografica non meno che per le altre mete segnate dal Regime.

Le singole relazioni sono disposte ed ordinate secondo un quadruplice punto di vista: l'aspetto costituzionale, l'aspetto endocrinologico, l'aspetto fisiopatologico della sterilità, l'aspetto ortogenetico sessuale e medico-sociale.

*
* *

Le relazioni dei proff. Pende, Delore, Cawadias e Martiny hanno affrontato il problema dal punto di vista della medicina costituzionale.

Delore ha illuminato in una sintesi generale tutti i lati della scienza dell'uomo individuo, con le sue applicazioni pratiche alla medicina preventiva, all'igiene individuale, all'educazione, all'orientamento professionale e in ispecial modo alla preparazione della futura madre.

Pende ha toccato il problema fondamentale della costituzione nel suo divenire, cioè la crescenza individuale, portando il risultato di osservazioni personali su adolescenti con anomalie costituzionali, con turbe dello sviluppo sessuale e dimostrando quanto la terapia ortogenetica moderna, bene applicata, possa operare per rendere fanciulli e fanciulle, anormali nell'apparato genitale, adatti alla procreazione.

Cawadias ha illustrato i principi della eredità e dei fattori che integrano sempre più l'organismo unitario, dimostrando tutta l'importanza dell'apparato neuro-psico-endocrino nella genesi della costituzione individuale e delle sue anomalie.

E Martiny ha toccato il problema scientifico della specialità delle reazioni biologiche individuali, cioè l'individualità nelle reazioni così agli agenti morbosi come alle cure.

I problemi della endocrinologia femminile sono stati affrontati nei magistrali rapporti di Temesvary, Seitz, Brugsch, De Blasi ed Aschner.

Assistiamo, in questa seconda parte del volume, alla illustrazione, modernamente scientifica, di tutte le complesse correlazioni ormoniche che condizionano la femminilità nel suo essere, nel suo divenire, nelle sue multiformi manifestazioni, nonchè nelle sue anomalie, con applicazioni interessanti alla ginecologia medica.

Nella terza parte del volume con le relazioni dei proff. Vignes, Gaifami, Alfieri, Daniel e Forgue, è offerta al lettore una rassegna completa della patologia femminile genitale ed extra-genitale con le indicazioni e gli orientamenti terapeutici ortogenetici, chirurgici e medici. È ampliamente illustrata la farmacologia delle acque minerali e le molteplici modalità di azione sulla sfera genitale, con le relative indicazioni terapeutiche.

Infine nelle relazioni dei proff. Cova, Acconci ed Aiello è affrontato il problema medico-sociale nella difesa della futura madre e della sposa dalle cause di infecondità. Il prof. Cova ha illustrato mirabilmente il problema degli esercizi sportivi femminili nei rapporti con la fecondità, e l'Acconci ha illustrato tutta la serie dei provvedimenti legislativi che il Governo italiano ha istituito per la difesa della madre.

Dalla lettura ponderata di questo volume scaturisce una verità, sottolineata dal Pende nel suo discorso di chiusura; e cioè che la lotta contro la sterilità e la vera protezione delle attitudini materne della donna deve essere fondata sulla medicina costituzionale preventiva e sulla ortogenesi delle adolescenti, più che sulla cura di malattie già croniche e poco modificabili dalla comune terapia.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

G. PIGHINI. *Napoleone*. Editori Fratelli Treves, Milano. L. 50.

I libri scritti su Napoleone non si contano; tuttavia ogni nuova pubblicazione su questo uomo d'eccezione desta sempre vivo interesse. Un sicuro successo avrà questo studio del Pighini che affronta la titanica figura dal punto di vista biologico.

Si potrebbe pensare che Napoleone visto da uno psichiatra risulti impicciolito. I geni sono stati piuttosto strapazzati dai medici, e dagli alienisti in ispecie. Ma Pighini non si è sottratto al fascino dell'eroe, e il suo libro forse anche troppo apologetico, assume spesso il tono del poema epico.

Tuttavia l'entusiasmo dell'artista è temperato dalla serenità del biologo.

Egli pur apparendo estasiato dinanzi alla straordinaria personalità, ne analizza l'opera e la vita e fissa i caratteri della sua costituzione psichica e somatica. E trova eccellente l'una e l'altra, per modo che Napoleone appare perfetto nella potenza dell'intelletto, nella dirittura della condotta, nell'estetica del suo corpo, nella perfetta corrispondenza e armonia di tutti gli elementi costituenti la sua individualità.

Uno studio di tal genere importava la conoscenza dettagliata, annedotica della vita di Napoleone e del periodo storico nel quale egli svolse la sua attività. Il Pighini se ne dimostra padrone e accortamente alterna la narrativa con la critica storica e biologica per modo che la trattazione risulta piacevolmente alleggerita.

Le illustrazioni sono numerosissime. Forse nessuna pubblicazione su Napoleone ha una iconografia così abbondante.

G. DRAGOTTI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

W. Ruhmann. *Drastiche Hautreizbehandlung. Heilwege dei inneren Erkrankungen.* Un vol. in-8° di 174 pagg., con 20 figg. Kruger e Co., Leipzig, 1938. Prezzo RM. 3,80.

Multa renascentur... Di fonticoli e di setoni i vecchi parlavano, nella lontana epoca dei miei giovani anni, come di cure usate nel « loro » passato e che si ritenevano allora degli ingombranti residui di un barbaro e ciarlatanesco empirismo. Ritornano oggi anche essi nella terapia, sorretti dalle teorie umorali ed inclusi fra gli stimoli drastici, alcuni dei quali (vescicanti, frizioni, caldo e freddo, ecc.) sono sempre stati usati nella terapia di tutti i tempi.

L'A., dopo alcuni cenni generali introduttivi, espone i diversi stimoli chimici, termici, meccanici, elettrici, descrivendo le applicazioni pratiche, gli effetti ed il modo di azione, riportando — anche illustrati da fotografie — varî successi ottenuti, fra cui per esempio la guarigione di una vecchia suppurazione cronica dell'orecchio, scomparsa in un mese mediante un fonticolo.

Il lavoro, sgombro di trattazioni teoriche, è essenzialmente destinato ai pratici.

fil.

R. Schwab. *Bienengift als Heilmittel.* Un vol. in-8° di 48 pagg. con 1 fig. G. Thieme, Leipzig, 1938. Prezzo RM. 2,40 (25 % di sconto per l'estero).

L'antica osservazione che gli apicultori diventano gradatamente insensibili alle punture delle api e che sono assai resistenti contro le malattie reumatiche ha portato all'applicazione terapeutica del veleno delle api. Sembra che il primo studio si debba a Terc, che nel 1888 riportò l'osservazione fatta su oltre 170 persone, a cui furono praticate 35.000 punture di api. In seguito, si sono fatti degli studi sistematici, sperimentali e clinici, portando la questione nel campo dell'industria farmaceutica, che ha trovato il modo di raccogliere delle notevoli quantità di tale veleno, allestendone dei preparati da applicare in forma di iniezioni o di unguenti.

L'A., in questo suo lavoro, traccia la storia del veleno delle api, inquadrandolo in uno studio generale sui veleni animali e studiandone le azioni fisiologiche e l'immunità. Ne tratta poi le applicazioni in terapia, con le indicazioni nei reumatismi muscolari, neuralgie, neuriti, affezioni articolari reumatiche, su base infettiva o degenerativa. Talvolta, tale terapia è coronata da brillanti successi e vale la pena di tentarla.

La questione è stata già trattata in numerose pubblicazioni, come lo dimostra l'abbondante bibliografia riportata dall'A. È questo, però, il primo libro che si pubblica sull'argomento e sarà quindi letto con interesse dai medici pratici. *fil.*

H. Beumer. *Ueber die Ernährung des Säuglings.* II edizione. Un vol. in-8° di 40 pag. G. Thieme, Leipzig. Prezzo RM. 2 (25 % di sconto).

L'A. sostiene essenzialmente l'utilità del latte biologicamente inacidito per l'alimentazione del poppante, in sostituzione od in aggiunta del latte materno. Espone la tecnica del suo metodo ed i buoni risultati ottenuti, fra gli altri, in un prematuro che da 900 grammi è stato portato, in 16 settimane, a 2300.

Come accade spesso negli odierni lavori tedeschi, i prodotti indicati sono delle specialità, ciò che limita la generalizzazione del sistema consigliato. *fil.*

G. Calligaris. *Nuove meraviglie del corpo umano.* Editori fratelli Bocca, Milano, L. 20.

Questo volume rappresenta il compendio e l'ulteriore sviluppo di numerose pubblicazioni del Calligaris, delle quali abbiamo già fatto cenno. Le idee dell'A. sono affatto originali e come tali meritano di essere conosciute. Mediante l'auto- e l'eteroscopia si potrebbe giungere ad esplorare il nostro essere, condensare in noi tutto ciò che ne circonda ed espandere sempre nuove energie. Ma non a questo si limita la trattazione, che investe molteplici attività dello spirito e del corpo. Di queste attività sono indicate le interdipendenze e gli epifenomeni costituiti dalle così dette « placche » rivelatrici di tutte le modificazioni della personalità umana. *a. a.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 26 dicembre 1938

Presidente: Prof. A. PENSA

Megacolon o pseudo-megacolon?

D. AGATI. — L'O. illustra due casi di dilatazione del colon a base congenita. Un caso (neonata di 8 giorni) induceva al giudizio di probabilità di dilatazione retrograda da stenosi congenita del sigma e l'atto operatorio confermò tale diagnosi dimostrando un'atresia del sigma colico. L'altro caso (bimbo di 2 anni) era caratteristico per un megacolon totale da inflessione su mega-dolicosigma. L'O. pone a raffronto e discute i dati radiologici raccolti nei due casi, anche agli effetti del diagnostico differenziale. Il megacolon non è così frequente come parrebbe e la sindrome di m. colon può essere falsata da colonectasie soprastenotiche; la differenziazione nei neonati non è sempre possibile, onde la diagnosi va emessa con prudenza dopo espletate tutte le ricerche.

L'influenza delle radiazioni roentgen e del radium sul sangue, sugli organi e tessuti ematopoietici.

Prof. G. BIGNAMI. — L'O., premessi alcuni cenni sulla morfologia e sulla genesi, secondo le odierne vedute, degli elementi figurati del sangue, viene a trattare degli aspetti fondamentali della radiobiologia del sangue e degli organi e tessuti emopoietici in condizioni normali.

Passa così in rassegna le modificazioni verificantisi ad opera delle radiazioni nella milza, nelle linfoghiandole e pel tessuto linfoide in genere, nel midollo osseo ed infine a carico del reticolo-endotelio.

L'O. illustra poscia gli effetti delle radiazioni nel sangue circolante, intrattenendosi sulle modificazioni quantitative, qualitative, morfologiche e funzionali dei globuli bianchi; su quelle dei globuli rossi (acennando anche alla resistenza globulare) e delle piastrine.

Infine espone le vedute sulla genesi e negli organi emopoietici, soffermandosi in particolare su quelle che a suo avviso possono oggidì ritenersi fra le più accette.

Immagini pseudodiverticolari dello stomaco.

Dott. GIAN FRANCO TESTA. — L'O. riprende l'argomento delle formazioni cave che debordano dalla piccola curvatura, sia che appartengano alla parete o solo siano connesse col lume, sia che vi risultino addossate per ragioni protettive.

Accennato alle difficoltà interpretative e ai quadri radiologici classici, dimostra che l'uso della moderna tecnica per lo studio del rilievo mucoso contribuisce validamente alla soluzione del maggior numero dei quesiti che di volta in volta si presentano in questo campo.

Passa in tal modo in rassegna i quadri delle tasche da trazione, le sacche da ulcera e da cancro ulcerato, nonchè gli aspetti delle non rare perforazioni saccate.

L'O. ritiene che i cancri a pessario secondo Speder, Pérard e Fournier costituiscano una tappa recente di fronte ai così detti cancri a catinella.

Proietta infine alcuni documenti.

Infrequente reperto in radiodiagnostica vertebrale.

D. AGATI e A. GREGORI. — Gli OO. su due traumatizzati recenti del rachide dorsale (un giovane di 17 anni ed una donna di 38 anni) hanno rilevato sindromi dolorose del segmento medio dorsale e, radiograficamente, in proiezione antero-posteriore e laterale, presenza di linee di trasparenza interessanti i corpi a metà della loro altezza.

Gli OO. ritengono che tale reperto, del tutto eccezionale, sia dovuto ad osteoporosi traumatica con iperemia della zona vasale, come da recenti studi embriologici e radiologici, sul piano equatoriale orizzontale dei corpi vertebrali. Il che è confermato da ricerche clinico-radiologiche ed anatomo-radiografiche condotte ed illustrate dagli OO.

Risultati del trattamento roentgen delle metastasi polmonari da sarcoma.

Dott. A. GREGORI. — Con documentazione di vasto materiale l'O. ha potuto dimostrare l'utilità del trattamento roentgen a mezzo del quale ha potuto ottenere, in qualche caso, la guarigione clinica e radiologica della neoplasia.

Sull'ernia diaframmatica.

Dott. A. AGUZZI. — L'O. espone un caso di ernia diaframmatica sinistra capitata alla sua osservazione, soffermandosi particolarmente a discutere della patogenesi di queste forme. In base al quadro anamnestico e ai dati radiografici crede di poter identificare il caso in esame con una forma di ernia diaframmatica a patogenesi molto rara, in quanto essa è legata a una congenita debolezza del diaframma che ha ceduto sotto uno sforzo di debole intensità.

mmagini radiografiche di ulcera gastrica.

Dott. G. E. DOLFINI. — L'O. descrive due singolari immagini di ulcera gastrica, della parete posteriore, penetrante in pancreas, ottenute in proiezioni dorso-ventrale e latero-laterale, al piccolo riempimento.

A tali immagini, che sembra non siano state mai oggetto di dettagliata descrizione, parrebbe, secondo l'O., potersi riconoscere il significato di varietà morfologiche di nicchia da ulcera, la loro genesi essendo legata a condizioni anatomopatologiche e funzionali bene precisate e peculiari.

Visibilità radiologica diretta del bulbo oculare, nel normale.

Dott. G. E. DOLFINI. — L'O., con tecnica personale, dà la documentazione radiografica diretta del bulbo oculare normale. Ritiene il reperto interessante, per l'utilità che il metodo sembra promettere nella sua applicazione al campo patologico, specie in merito alla morfologia dei contorni oculari e ai loro rapporti con la parte scheletrica.

Ricerche sperimentali su alcune forme di ipersensibilità acquisite.

A. CATTANEO. — L'O., dopo aver confermati i risultati precedenti sulla azione sensibilizzante di iniezioni intradermiche ripetute di siero di cavallo nella cavia e sulla comparsa negli animali, così trattati, di una rilevante quantità di leucociti basofili nel sangue, dimostra che tale azione è propria esclusivamente del siero di cavallo fresco e che per il suo comportamento non è omologabile colle manifestazioni note della anafilassi da siero.

I corpi di Foà-Kurloff nel fenomeno di Sanarelli-Shwartzmann.

DINO CAZZOLA. — L'O. ha studiato il comportamento numerico dei corpi di Foà-Kurloff nel fenomeno di Sanarelli-Shwartzman ed è giunto alla conclusione che detti corpi subiscono una diminuzione degna di rilievo al momento dello scoppio della crisi anafilattica. *Il Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sifilide gastrica a tipo pseudo-neoplastico.

H. Marc e Sirc (*Archives des Maladies de l'Appereil digestif et des Maladies de la Nutrition*, ottobre 1938) riferiscono un caso di sifilide gastrica che fu interpretato per due anni come un cancro dello stomaco. Si trattava di una donna di 47 anni con dolori permanenti e vivi all'epigastrio, cattiva digestione e dimagramento rapido e notevole: l'esame radiografico mostrava una infiltrazione della parete gastrica con immagini lacunari multiple. Dato il lungo decorso del male e dato che non appariva nessun segno di metastasi epatica gli Autori pensarono ad una lues: il sospetto, confermato dalla positività degli esami sierologici, divenne certezza pel miglioramento enorme sia clinico che radiologico intervenuto nella paziente in seguito ad appropriata cura antiluetica.

Gli Autori, commentando il caso, notano che in esso si possono riscontrare numerosi sintomi che Chiray, Chène e Poirier hanno indicato come segni di sifilide gastrica nel loro recente lavoro, e cioè:

1) il tipo di dolore vivo, continuo, accompagnato da digestione fastidiosa e dolorosa;

2) l'abbondanza dell'emorragia accompagnata da collasso e sincope;

3) l'assenza di metastasi epatiche;

4) l'assenza del quadro cachettico nonostante l'intensità dei dolori e la scarsezza dell'alimentazione;

5) la durata anormale dell'evoluzione;

6) immagini lacunari multiple nell'esame radiografico, giacchè nel cancro per lo più v'è una sola immagine lacunare.

F. TOSTI.

Un nuovo mezzo nel trattamento della stipsi cronica.

B. P. Kouchelevsky ed E. I. Milutine (*Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de le nutrition*, novembre 1938), trattando individui affetti da ulcera gastrica o duodenale con la radioterapia, constatarono che tale cura determinava negli ulcerosi stitici una regolarizzazione dell'alvo ed in quelli ad alvo regolare una diarrea con nausea.

Basandosi su tale constatazione gli Autori hanno voluto controllare la vantata efficacia della radioterapia sulla stipsi cronica, sostenuta dal dottor Nemenoff. Questi pensa che l'azione dei raggi X si applichi sull'innervazione vegetativa solo se questa è in stato di eccitazione, solo cioè se si tratti di vago o simpaticotonia: i raggi X non avrebbero invece influenza sulla ipotonia.

Gli Autori hanno trattato più di cento malati con irradiazioni sulla regione lombare allo scopo di agire sul plesso mesenterico, talora sulle regioni sacrali e più raramente sull'addome allo scopo di agire sul plesso di Auerbach.

I malati venivano trattati per tre volte sulla reg. lombare: se l'effetto veniva raggiunto prima si sospendeva la radioterapia, altrimenti si facevano applicazioni anche sulla regione sacrale e addominale.

Nel 74 % dei casi i malati sono guariti e il buon effetto della cura si è mantenuto anche per lungo tempo dopo il trattamento: specialmente efficace risulta il metodo negli individui aventi meno di 50 anni, giacchè in questi la percentuale di guarigioni raggiunge l'84 %. Questo probabilmente perchè nei giovani sono più frequenti le forme ipervagotoniche, mentre nei vecchi si riscontra spesso la sindrome atonica.

F. TOSTI.

Su un nuovo metodo di trattamento dell'ulcera dello stomaco e del duodeno.

È noto che se si inoculano piccole quantità di estratto di un organo esse agiscono direttamente e soltanto su quell'organo ed è noto anche che l'introduzione parenterale di albumina determina reazioni aspecifiche su diversi organi.

S. Okada e T. Doi (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, novembre 1938) hanno allora pensato che, preparando un estratto albuminoideo di un organo ed introducendolo parenteralmente, si debba determinare una azione stimolante particolarmente su quell'organo. Hanno perciò preparato un estratto albuminoideo della mucosa gastrica, denominato « stimulina M », ed un estratto albuminoideo della mucosa del duodeno, denominata « stimulina D ».

I due preparati sono senza effetto sulla secrezione gastrica: la « stimulina M » ha sulla mucosa dello stomaco e la « stimulina D » su quella del duodeno un effetto specifico di rigenerazione. La somministarazione è per via endovenosa: si comincia con cc. 0,5 e poi si aumenta gradualmente fino a cc. 5 al giorno: la cura termina dopo 30 iniezioni.

I risultati ottenuti in 60 ulcerosi sono stati molto soddisfacenti: la grande maggioranza dei pazienti è guarita o nettamente migliorata in seguito al trattamento; nei casi in cui non si è constatato miglioramento non si trattava di ulcera semplice ma di complicazioni (perforazioni, vegetazioni, degenerazioni maligne) sopraggiunte nell'ulcera. I risultati lontani sono sembrati favorevoli nei due terzi dei casi circa: bisogna tuttavia fare ancora delle osservazioni per dare su questo punto risultati definitivi. — Il metodo sembra suscettibile di applicazioni pratiche.

F. TOSTI.

Intorno alla cura della endocardite reumatica.

May H. (*Med. Klin.* 21 ottobre 1938) mette in evidenza come la terapia salicilica e la terapia con piramidone ha poco effetto benefico sulle lesioni endocardiche del reumatismo, richiama l'attenzione sulla necessità di protrarre molto a lungo la degenza a letto dei pazienti i quali hanno sofferto di poliartrite reumatica e precisamente consiglia che la degenza si protragga fino a che non sia sicuramente scomparsa la febbre e la velocità di sedimentazione delle emazie non sia ritornata ai valori normali. A conforto di tale suo modo di vedere riporta due casi nei quali l'abbandono precoce del letto ha prodotto: l'insorgenza di nuova ripresa sintomatica nel primo, ed un grave scompenso circolatorio nel secondo.

L. Travia.

Esperienze cliniche con cardiotonici e sedativi.

R. Scotti Douglas (*Minerva Medica*, 15 dicembre 1938) basandosi sull'antica nozione che in diverse affezioni del cuore i sedativi ottengono spesso benefici effetti, ha voluto sperimentare in una lunga serie di ammalati di insufficienza cardiaca latente o conclamata, associata ad uno stato di eretismo psichico, un nuovo prodotto denominato « Gratusminal »: in questo prodotto è stata ottenuta in modo stabile l'associazione della G. strofantina (l'alcaloide dello strofantus gratus) con il derivato dietilaminico dell'acido fenil-etilbarbiturico.

L'azione del componente cardiotonico del prodotto si è manifestato con un aumento nettissimo della diuresi, con un aumento della pressione differenziale e con un miglioramento della irrorazione dei tessuti, l'azione del componente barbiturico si è estrinsecata con l'apporto a tutti i malati di uno stato di benefica tranquillità quasi immediata che si è ripetuta ad ogni somministrazione, senza che si potesse accertare alcun fenomeno di assuefazione.

L'A. sottolinea anche la perfetta tollerabilità di tutti i malati verso questo preparato.

F. Tosti

La milza da stasi cronica centrale.

Dopo un sintetico esame critico sull'argomento S. D'Arrigo (*Pathologica*, 15 ottobre 1938) riporta i risultati delle statistiche ricavate dallo studio del materiale anatomico dell'Istituto di Catania e le indagini microscopiche su dieci casi di milza da stasi cardiaca accuratamente studiati e da lui stesso osservati.

L'indagine statistica sul comportamento della milza da stasi cronica centrale fa rilevare che l'organo o ingrossa leggermente o resta di volume normale.

L'A. ha constatato che a determinare le lesioni dell'organo agisce soltanto il fattore stasi non avendo importanza l'etiologia diversa della cardiopatia.

Le lesioni riscontrate si possono così riassumere: *a* mancanza di una iperplasia del reticolare e degli elementi propri della polpa; *b*) aumento del connettivo adulto; *c*) diminuzione di volume e di numero dei follicoli linfatici; *d*) scarsa presenza di pigmento emosiderinico e di sostanze sudanofile; *e*) replezione ematica con grande dilatazione delle lacune pulpari.

Invece nella milza dei morti di cirrosi epatica si rileva una certa iperplasia degli elementi della polpa, del reticolo e del connettivo adulto, un'abbondanza di pigmento di ferro e di sostanze sudanofile.

L'A. conclude affermando che, data la scarsa entità del tumore di milza da sola stasi centrale, ogni volta che in un cardiopaziente si riscontra una milza notevolmente ingrossata, è necessario indagare altri momenti etiopatogenetici di tale tumore, indipendente dal fattore stasi.

F. Tosti.

La terapia funzionale con le dosi minime.

Ch. Fiessinger (*Journ. de s praticiens*, 10 marzo 1937) distingue nei medicamenti tre dosi: 1) quelle forti, quando il rimedio è rivolto direttamente alla causa del male: il mercurio nella sifilide, la chinina nella malaria, ecc.; 2) quelle deboli, quando il disturbo funzionale va curato in ciò che esso presenta di doloroso, poichè i sintomi che rivelano il disturbo sono per lo più delle reazioni di difesa, che non vanno annientate; 3) quelle minime, che appartengono specialmente all'arsenale biologico.

La follicolina, le vitamine, le basi azotate, come l'istamina ed altre ancora, agiscono nell'organismo a dosi infinitesimali.

Sull'argomento, si è avuta un'ampia discussione alla Società di patologia comparata di Parigi, da cui è risultato che si vengono riavvicinando le due scuole opposte degli allopati e degli omeopatici. Con reciproche concessioni, da una parte e dall'altra, si arriva ad una terapia che, pur non abbandonando i concetti della medicina ufficiale, prende direzioni un po' diverse, sopratutto nel senso di valorizzare le dosi minime, di cui i fatti dimostrano l'efficacia.

fil.

Il bismuto nelle sindromi dolorose in oto-rino-laringoiatria.

E. Di Lauro (*Il Valsalva*, giugno 1938) applica già da un certo tempo la cura bismutica, oltre che nelle affezioni luetiche, anche in alcune algie, quale quella della squama dell'osso temporale ed i dolori della mastoide senza mastoidite. In seguito, ha esteso la bismutoterapia alle nevralgie essenziali del trigemino, ottenendone in alta percentuale di casi una miglioria notevole e duratura. Buoni risultati si sono ottenuti altresì nelle sinusalgie e nella sintomatologia frontale di quella affezione che è stata chiamata sinusite senza sinusite ed anche in alcune neoplasie doloro-

se, nonchè nella odinfagia dei tubercolotici laringei, in alcuni tipi di cefalee rinogene, ecc.

Nei casi studiati è stata esclusa la presenza di sifilide, sicchè gli effetti del bismuto vanno attribuiti all'azione polivalente di tale rimedio. *fil.*

EPIDEMIOLOGIA.

Come si trasmette la paralisi infantile?

L. Babonneix (*Gazette des Hôpitaux*, 3 dicembre 1938) dopo aver riassunto le conclusioni cui era arrivato in un lavoro sullo stesso argomento nel 1924, ricorda che attualmente, dopo lo studio fatto nell'epidemia alsaziana del 1930, si ritiene che il contagio avvenga essenzialmente in due modi:

a) *contagio interumano* sia che si tratti del malato o del convalescente stesso, sia che si tratti di una persona che lo abbia avvicinato;

b) *trasmissione idrica* come provano alcuni casi ed alcune particolari condizioni geografiche.

L'A., nei suoi 140 casi, ha potuto constatare talora contagio per mezzo di un convalescente o di un portatore di germi, tal'altra comparsa nei familiari del p. disturbi diversi attribuibili al virus della poliomielite anteriore acuta, tal'altra ancora coesistenza di una epizoozia. Rimane però sempre un certo numero di casi che insorgono sporadicamente e senza nessuna apparente ragione la cui etiologia resta sempre molto difficile a spiegare.

F. TOSTI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sulle azioni dell'atebrin nella malaria estivo-autunnale.

Un contributo notevole alle nostre conoscenze sull'azione dell'atebrin è stato recato da J. A. Sinton, già direttore dei Servizi antimalarici dell'India e attualmente direttore del Laboratorio malariologico dell'Ospedale Psichiatrico di Epsom (Inghilterra), quale successore di James.

Si era creduto che l'atebrin agisse soltanto sulle forme asessuate dei parassiti malarici; in particolare, che alla sua azione sfuggissero del tutto le semilune, cioè le forme sessuate del *Plasmodium falciparum*, agente della malaria estivo-autunnale. È noto che esse sono destinate ad infettare gli anofeli e, perciò, a mantenere l'endemia. Il rimedio sarebbe, dunque, stato destituito di efficacia profilattica.

Si era ammesso perfino che l'atebrin stimolasse la produzione delle semilune. Sarebbe stata questa una reazione difensiva del parassita malarico contro l'azione dannosa del rimedio: attraverso un'intensa produzione di forme sessuali, atte ad infettare gli anofeli, si sarebbe assicurata meglio la continuazione della specie parassitaria. Un'azione analoga, anzi più intensa, era già stata ascritta al chinino.

Il Sinton ora ha dimostrato che queste nozioni, le quali parevano acquisite, vanno corrette. L'atebrin agisce sulle semilune danneggiandole; quest'azione, però, non è diretta ed immediata: essa si esercita lentamente, attraverso gli stadi precursori delle semilune (pregametociti). Perciò essa era sfuggita ad altri osservatori.

Si rende manifesta con modificazioni molto tardive delle semilune circolanti: per esempio, se ne altera la conformazione in modi svariatissimi, e il pigmento in esse diviene scarso o manca del tutto.

Le semilune così alterate sono poco infettanti per gli anofeli.

La produzione di semilune non è attivata dall'atebrin; anzi è ridotta, come risulta da numerazioni diligenti. Quanto prima si inizia il trattamento, tanto minore è la quantità di semilune. L'A. ha accertato che in modo analogo si comporta il chinino, ma in minor grado.

Le interessanti ricerche del Sinton sono rese in un lavoro pubblicato nella *Rivista di Malariologia* (1938, n. 5), corredato di una bella tavola a colori, molto dimostrativa. A. P.

VARIA

La morte del dott. Michele Carducci.

Nel vol. I delle *Lettere* di Giosuè Carducci, ora uscito pei tipi di N. Zanichelli, è contenuta la lettera seguente, del 15 agosto 1858, in cui il grande poeta descrive all'amico Chiarini la morte del padre:

« Mercoledì, benchè non si sentisse di peggio, chiese e volle i sacramenti. Ieri, sabato, a mezzanotte, cominciò a peggiorare: e si alzò da letto, e volle star seduto verso la finestra, e dettò a mia madre la ricetta per un calmante. Stamane, domenica, ha voluto l'estrema unzione; e ha detto alla mamma che ci facesse scrivere, e l'ha detto con premura grande. E stava sempre peggio, e soffriva terribilmente, e non poteva respirare. Poi ha detto: — A che ora avranno la lettera quei ragazzi? in tempo di desinare: tutta quella gente si turberà: non possono venire se non con l'ultimo treno, non faranno a tempo. — Poi ha mandato a chiamare il prevosto e gli ha domandato: — Avete da farmi altro? — Vi posso dare la benedizione in articulo mortis. — Datemela. — Al tocco è risalito da sè in letto (chè era levato): e si è addormentato; svegliatosi, ha cominciato a sudare, e ha detto: « Ildegonda questo è il sudore della morte ». Ed è entrato in agonia, e moltissimo ha sofferto senza mai lamentarsi, e da sè si è acconciato i guanciali e da sè si asciugava il sudore. Pover uomo... Ed io non l'ho visto prima di morire, ed egli non ha visto me... ».

LA PAGINA DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Rinofima.

Ricordi clinici. — In alcuni individui affetti da acne rosacea la pelle del naso si ipertrofizza, diventa bernoccolutan, talvolta in così forte misura da costituire una vera mostruosità. Oltre la ipertrofia, la cute del naso presenta pure delle teleangiectasie e se spremuta lascia uscire una abbondante quantità di sebo dovuta alla grande proliferazione delle ghiandole sebacee.

Terapia. — Il rinofima deve essere distrutto con mezzi fisici o chirurgicamente. Nei casi nei quali la ipertrofia sia discreta si può tentare la neve carbonica. È necessario fare delle applicazioni della durata per lo meno di un minuto e con pressione. Ma per soilto si devono adoperare mezzi più distruttivi. La elettrocoagulazione è mezzo ottimo, se bene adoperata, perchè distrugge profondamente; è però terapia che dura molto tempo, essendo necessarie parecchie successive causticazioni per ottenere un buon effetto estetico.

La cura chirurgica è la più rapida e radicale ed è assolutamente necessaria nei casi molto sviluppati. Con un bisturi si decortica il naso, si fa emostasi mediante compressione. In un tempo relativamente breve si riforma l'epitelio.

Balanopostite.

Ricordi clinici. — Infiammazione del glande e della faccia interna del prepuzio. Vi è la balanopostite semplice, che è la più frequente dovuta soprattutto a mancanza di pulizia, per decomposizione dello smegma; la balanopostite secondaria a blenorragia o ad ulceri; la balanopostite erosivo-circinata in cui si vedono delle superfici erose ben delimitate. Ricordarsi che nei diabetici vi è talvolta balanopostite.

Terapia. — La cura è molto semplice. Rimuovere il pus, detergere e disinfettare. Se è possibile scoprire il glande, lavare abbondantemente con acqua, meglio con acqua distillata e quindi fare numerose e ripetute toccature su tutto il glande e sulla superficie interna del prepuzio con soluzione di nitrato di argento al 2 % quindi spolverare un po' di vioformio e separare il glande dal prepuzio con un pezzettino di garza. Ripetere questa medicazione due volte al giorno. La guarigione avviene rapidissima.

Se invece la balanopostite ha prodotto fimosi infiammatorio, che non permette di scoprire il glande, fare con una pera ad estremità tutta di gomma delle abbondanti lavature del sacco con acqua distillata e quindi con la stessa pera lavaggi con soluzione di nitrato di argento al 2 % due o tre volte al giorno, fino a che il fimosi venga a cessare. Se il fimosi infiammatorio è molto notevole oltre la cura sopra detta fare degli impacchi con soluzioni astringenti o con acqua ittiolata (2 %). La guarigione è anche qui rapida.

Se la balanopostite è da blenorragia detergere allo stesso modo e curare la blenorragia; se da ulceri, procedere sempre nella stessa maniera, diagnosticare le ulcerazioi e curare. Se in diabetici, solite disinfezioni e quindi curare molto la igiene locale. Cospargere la parte con vaselina in modo che l'orina passando irriti il meno possibile.

Atrofodermia vermicolare.

Ricordi clinici. — Sulle guance si formano delle atrofie in guisa di fossette allungate e tortuose. Vicino a queste atrofie spesso si osservano dei rilievi cheratosici. È malattia rara.

Terapia. — Cercare con il massaggio violento e prolungato o con irradiazioni di raggi ultravioletti o con applicazioni di pomate irritanti e desquamanti di ostacolare la lesione primitiva che darà poi origine alla atrofia. Poco però si riesce ad ottenere.

Xantoma.

Ricordi clinici. — Malattia rara. Rilievi papulosi o tuberosi in varia dimensione di color giallo, di consistenza per solito molle. Risiedono un po' dappertutto ma di preferenza ai gomiti ed alle ginocchia.

Terapia esterna. — Fare delle cauterizzazioni molto leggere con il galvanocauterio o coagulazioni mediante la elettrocoagulazione. Cercare sempre di ottenere delle buone cicatrici. Si può anche usare la neve carbonica.

Terapia interna. — Si consiglia un regime povero in colesterina. Si prescriveranno di preferenza carni arrostite, legumi verdi, frutta ecc. e si proibiranno le uova, il cervello ecc.

Verruche senili.

Ricordi clinici. — Rilievi irregolarmente ovalari della grandezza di una lenticchia o poco più di color bruno o nero. Se si grattano questi rilievi con un raschino o si frizionano con un po' di etere si asporta uno stato grasso sotto il quale si vede una superficie con dei rilievi digitali. Come dice il nome sono proprie della età senile.

Terapia. — Raramente si è richiesti di intervenire per queste verruche. Dovendolo fare, cercare di liberare la verruca dallo strato grasso soprastante, meccanicamente o con etere, e quindi leggermente causticare le vegetazioni con il galvano cauterio, elettrocoagulazione, o neve carbonica.

Prof. Pier Angelo Meineri
Direttore Ospedale S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Il "libretto sanitario".

La Direzione Generale della Sanità pubblica ha diramato la seguente circolare:

Avendo alcuni Comuni del Regno istituito un « libretto sanitario » per i lavoratori addetti alle lavorazioni di cui all'art. 262 del T. U. Leggi Sanitarie, destinato alla registrazione dell'esito delle visite mediche previste per tali categorie di lavoratori dal medesimo articolo, il Ministero ha rilevato con una circolare ai Prefetti del Regno che con legge 10 gennaio 1935, n. 112 è già stato istituito un « libretto di lavoro », alcune pagine del quale sono appunto riservate alla registrazione delle visite mediche prescritte per legge, e che tale libretto, con decreto del Ministero delle Corporazioni in data 4 maggio 1936, è stato reso obbligatorio, per il momento, ai soli lavoratori occupati nelle aziende industriali.

Per quanto riguarda la determinazione del concetto di « azienda industriale », la Circolare rammenta che « per determinare il concetto non deve farsi ricorso ai criteri che presiedono agli inquadramenti sindacali, ma piuttosto al concetto accolto in argomento dalla legislazione del lavoro, per cui si deve considerare per azienda industriale, quella che, qualunque ne sia l'entità ed organizzazione, provvede all'estrazione della materia prima, alla trasformazione di essa, al perfezionamento o al trasporto dei prodotti, nonchè alle operazioni obiettivamente connesse alle suindicate, quali la manutenzione e la riparazione.

« Pertanto vi sono da comprendere le aziende artigiane e quelle che danno lavoro a domicilio, mentre sono da escludersi altre (quali le aziende dei parrucchieri) che, pur rientrando nell'orbita di competenza della Confederazione dell'Industria, non hanno i caratteri sopraindicati.

Sono altresì da escludersi i trasporti per mare, quelli di navigazione interna, ed il lavoro di carico e scarico nei porti, poichè per essi la legge sul libretto di lavoro del 10 gennaio 1935, n. 112, prevede l'applicazione di particolari norme (articolo 1, n. 2 e 2, comma 4).

Ciò stante, in attesa che il « libretto di lavoro » venga esteso ad altre categorie di lavoratori, il Ministero nulla ha in contrario a che, in via del tutto provvisoria, sia istituito un « libretto sanitario » per i lavoratori occupati negli stabilimenti di sostanze alimentari di cui al citato art. 262 che non abbiano carattere di aziende industriali, rimanendo inteso che tale « libretto sanitario » dovrà cessare di aver vigore all'atto stesso in cui venisse esteso anche a tutti i lavoratori contemplati dal citato art. 262 l'obbligo del « libretto di lavoro ».

Collaborazione dei medici condotti nella lotta contro la tubercolosi.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato la seguente circolare n. 175 in data 22 dicembre 1938-XVII, ai Prefetti e per notizia al Governatore di Roma:

Il Ministero ha rilevato che non tutti i Consorzi prov. antitubercolari hanno dato alle norme impartite con la Circolare del 30 luglio u. s., n. 112, circa l'oggetto, una uniforme pratica attuazione in aderenza allo spirito che informa le direttive ministeriali al riguardo.

Infatti essi nelle relative determinazioni hanno seguito criteri differenti e taluni Consorzi fissarono anche premi in misura eccessiva, non tenendo presente che gli stessi premi, più che il carattere di compensi professionali, debbono avere quello di riconoscimento dell'attività svolta dai predetti sanitari nell'interesse generale della profilassi contro la tubercolosi.

Tenuto conto di ciò, questo Ministero, ai fini della necessaria uniformità di trattamento, ritiene opportuno impartire le seguenti direttive di massima:

1) Corresponsione di un compenso non superiore a L. 5 per ogni tubercolotico polmonare segnalato al dispensario e riconosciuto tale.

2) Per la cura a domicilio da prestarsi, giusta l'anzidetta Circolare, ai tubercolotici inscritti nell'elenco dei poveri, nei confronti dei quali non sia possibile o non si ritenga necessario adottare il provvedimento del ricovero, corresponsione di un compenso per ciascun infermo non eccedente la globale somma di L. 50 previo accertamento da parte dei sanitari del Consorzio che la cura è stata eseguita secondo le prescrizioni degli organi tecnici del Consorzio medesimo.

Ove, poi, si ritenga preferibile, in relazione anche alle possibilità finanziarie del Consorzio, concedere premi annuali, anzichè compensi per singole prestazioni, il loro ammontare dovrà essere adeguato ai criteri di valutazione di cui sopra.

Si gradirà un cenno di ricevuta e di assicurazione.

Pel Ministro: BUFFARINI.

Cronaca del movimento corporativo.

Una cattiva usanza stroncata a Palermo.

Da un certo tempo aveva ripreso a Palermo il triste fenomeno dello *zuinaggio*, quella indecorosa forma di accaparramento di ammalati che giungono dalle provincie per consultare clinici generici e specialisti ma che, appena scesi dal treno, cadono invece in balia di gente che li inganna e li indirizza a medici di scarso valore con conseguenze spesso funeste ed irreparabili per la loro salute.

La locale questura ha identificato i responsabili e li ha denunciati alla commissione provinciale onde adottare nei loro confronti opportuni provvedimenti di polizia. In seguito a tali denuncie la locale commissione provinciale ha assegnato al confino per un anno ciascuno i medici Benedetto Tristaino e Salvatore Migliorini. Ha altresì assegnato al confino quattro mediatori ed ha diffidato il dott. Alfonso Bellavia.

CONCORSI.

Posti vacanti.

BERGAMO. *R. Prefettura.* — Coadiutore medico presso il Laboratorio prov. d'igiene e profilassi; L. 12.000 annue e 10 bienni di L. 525, oltre supplem. serv. att. L. 2800 e aggiunta di famiglia; età limite 32 a. al 1° dic. Scad. 10 marzo. È a concorso anche il posto di coadiutore chimico, alle stesse condizioni.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Concorso a primario direttore dei Laboratori di Chimica biologica, di Microbiologia e di Microscopia; titoli ed esami; stip. L. 20.000; partecipaz. 4 %; il concorso è riservato ai sanitari di sesso maschile; età limite

45 a. al 6 dic.; titoli in 7 esemplari; tassa L. 50. Scad. 6 febbr., ore 17.

Concorso a primario anatomo-patologo; stesse condizioni, salvo le date 8 dic. e 8 febbr.

Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale di S. Martino).

Misurata. *Governo della Libia. R. Prefettura.* — Cinque condotte mediche; stipendi da L. 14.000 a L. 18.000; indenn. serv. att. L. 3000 e L. 3500; alloggio o indenn. alloggio; indenn. disag. residenza; mezzi di trasp. o indenn. di L. 3000-15.000; se incarico uff. san. L. 2000; se gestione arm. farm. L. 1000. Età limite a. 34. Le condizioni sono stabilite nel decreto 4 dic. 1938-XVII pubblicato sulla Gazz. Uff. del 9 dic. 1938-XVII. Per ulteriori informazioni rivolgersi alla R. Prefettura. Scad. a 60 giorni dalla pubblicazione.

Trieste. *Associazione Mutua fra Impiegati.* — Concorso per incarichi a medici specialisti: oculista, dermatologo, radiologo, stomatologo ed a stomatologo aiuto. Termine per la presentaz. delle domande: 4 febbraio. Rivolgersi alla Segreteria: via P. L. da Palestrina 3.

Tripoli. *Consorzio generale antitubercolare della Libia.* — Concorso per titoli ed esami a due posti di direttore di Dispensario, in Tripoli e Bengasi; età limite 45 a. al 15 dic.; stip. iniziale L. 16.700 e 4 quadrienni dec.; oltre L. 3700 indenn. serv. att., indenn. coloniali e altre eventuali indennità. Tassa L. 50. Chiedere annunzio alla Segreteria del Consorzio (Governo della Libia, Ispettorato centrale della Sanità Pubblica).

Vicenza. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Per titoli ed esami. Aiuto Medico del Dispensario Provinciale, stipendio annuo L. 16.000, supplemento di servizio attivo L. 3000. Documenti di rito. Scadenza 30 gennaio 1939-XVII; chiarimenti alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Vicenza.

Ricerca

"Journal of the American Medical Association",

Si acquisterebbe l'intera annata 1936 ed il 1° semestre del 1937. Indirizzare eventuali profferte con prezzo: sig. E. Campanelli, via Sistina 14, Roma.

Borse di studio.

Società Italiana di Metapsichica.

Con l'autorizzazione del Ministero della Educazione Nazionale il Comitato di Presidenza della S. I. M. bandisce un concorso nazionale per uno studio monografico su « La ricerca scientifica ed i fenomeni metapsichici nel momento attuale ».

Lo studio dovrà riguardare la ricerca scientifica-sperimentale vera e propria senza invadere il campo della speculazione filosofica o quello fideistico e religioso.

I dattiloscritti, di non più di 250 facciate protocollo dovranno, in triplice copia, essere inoltrati alla Segreteria in Roma, insieme con gli eventuali disegni, fotografie e grafici entro il 30 settembre 1939.

Del lavoro vincitore del concorso sarà curata la stampa, a spese della S. I. M. in decorosa veste tipografica. All'autore sarà assegnato un premio in denaro di lire cinquemila nonchè 50 copie della pubblicazione. La proprietà letteraria del lavoro resterà di esclusiva pertinenza della S. I. M.

Chiedere l'avviso di concorso alla Segreteria della S. I. M., via Glicini 14, Roma Centocelle.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Al prof. Gino Meldolesi, aiuto della R. Clinica Medica di Roma, è stato affidato l'incarico della cattedra di Patologia Medica e Metodologia Clinica nella R. Università di Catania, per voto unanime di quella Facoltà di Medicina.

Al prof. Meldolesi, nostro apprezzato collaboratore ed amico, le più vive congratulazioni. *a. p.*

Il prof. Raffaele Calvanico, direttore della Sala di Maternità agli Incurabili di Napoli, direttore generale delle Terme Stabiane e 1° Seniore della Milizia, è stato insignito, « motu proprio » di S. M. il Re Imperatore, della Commenda della Corona d'Italia. Rallegramenti cordiali.

La Commissione nominata dal Comitato Nazionale delle Ricerche per l'aggiudicazione dei Premi di laurea « Lepetit » (anni accademici 1934, 1935, 1936 e 1937) composta dei proff. Filippo Bottazzi, presidente, Cesare Frugoni e Roberto Alessandri membri, Corrado Tommasi-Crudeli, segretario, ha assegnato 20 premi da L. 1000 ai dottori: Cesare Bartorelli, Univ. di Parma; Antonio Borellini, Univ. di Padova; Alfredo Curatolo, Univ. di Roma; Armando Fasanotti, Univ. di Napoli; Manlio Ferrarini, Univ. di Pisa; Mario Fortunato, Univ. di Napoli; Vittorio Giorcelli, Univ. di Milano; Luigi Locatelli, Univ. di Paria; Salvatore Luria, Univ. di Torino; Luigi Luzzatti, Univ. di Roma; Luigi Magri, Univ. di Torino; Enzo Marcer, Univ. di Genova; Alberto Monroy, Univ. di Palermo; Nico Moravia, Univ. di Bologna; Giuseppe Panebianco, Univ. di Catania; Arcangelo Pasqualino, Univ. di Palermo; Franco Pratesi, Univ. di Firenze; Franco Rosenza, Univ. di Milano; Bianca Rondonini, Univ. di Bologna; Gian Piero Veratti, Univ. di Pavia. Dalla Casa « Lepetit » è stato inoltre assegnato un premio di L. 500 al dott. Mario Ravetta dell'Univ. di Pavia, la cui tesi, pur non essendo compresa fra quelle vincitrici, è stata ritenuta dalla Commissione meritevole di incoraggiamento.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi medici.

Durante il mese di settembre 1939 avranno luogo, negli Stati Uniti d'America, i due congressi della Società internazionale di urologia e della Lega internazionale per la lotta contro il cancro.

La Compagnia dei vagoni letto « Cook » sta preparando l'organizzazione di viaggi per quell'occasione.

L'ufficio dell'Associazione internazionale di stomatologia, adunatosi in occasione del 10° Congresso francese di stomatologia, ha deciso che l'11° Congresso internazionale si adunerà a Liegi (Belgio) nel 1942, al principio di settembre; ad esso verrà unito l'11° Congresso francese.

L'11ª Conferenza dell'Unione internazionale contro la tubercolosi avrà luogo a Berlino durante il 1939. Tema di biologia: « Problema della virulenza del bacillo di Koch », relatori: A. Bouquet (Francia) e A. Sánchez (Uruguay). Tema di clinica: « Importanza degli esami sistematici per la scoperta della tubercolosi polmonare nelle persone di età superiore ai 15 anni »; relatore: H. Braeuning (Germania). Tema sociale: « Riadattamento del tubercolotico al lavoro »; relatori: Pendrill Varrier Jones (Inghilterra) e E. Bachmann (Svizzera). Sono anche designati vari correlatori.

Ricordiamo che la Società tedesca per la medicina interna terrà la sua 51ª Riunione dal 27 al 30 marzo in Wiesbaden, sotto la presidenza del prof. Stepp di Monaco. Temi principali: « Arteriosclerosi »; « Alterazioni del fondo oculare nelle malattie vascolari » (in unione con la Società tedesca di neurologi e psichiatri); « L'infezione focale »; « Caduta dei denti quale indice di deficienze alimentari ». Rivolgersi al presidente, I. Med. Klinik, Ziemsenstrasse 1-a, München. Durante il congresso si terrà una mostra: rivolgersi al sig. Bürger, Bierstädter-Hoche 5, München.

Vita sanitaria dell'Impero.

Alla presenza di S. A. R. il Vicerè è stata tenuta una riunione per l'esame dei principali problemi sanitari dell'A. O. I.

S. A. R. il Vicerè, aprendo la seduta, ha rivolto anzitutto un elogio a tutti i sanitari dell'Impero per la loro opera attiva ed efficace.

L'ispettore generale di Sanità, dopo avere esposto i problemi in oggetto della riunione, passando alla parte pratica della campagna, ha cominciato dall'organizzazione di un servizio antimalarico e malariologico. Ha compilato quindi uno schema di legislazione antimalarica ed un programma di attività pratica, proponendo col primo di istituire un servizio antimalarico che disponga di Centri dislocati in varie zone, i quali in un primo tempo potrebbero essere fissati ad Addis Abeba, a Cheren e a Mogadiscio. Da questi Centri l'azione dovrà irradiarsi, a mezzo di nuove stazioni, delegazioni e dispensari fissi e ambulanti.

Le attività immediate sono state quindi prospettate dall'Ispettore generale di Sanità del Ministero dell'Africa Italiana.

Sul problema dermoceltico tanto il predetto ispettore sanitario del Ministero dell'Africa Italiana, quanto l'Ispettore di Sanità del Governo locale hanno fatto delle proposte tendenti a più severi controlli degli affetti da malattia, al loro isolamento e alla opportunità che la collaborazione in tale campo sia estesa a istituti di previdenza e di assistenza creati dal Regime e funzionanti in A. O. I.

Sul tema razziale sono stati prospettati opportuni accorgimenti intesi ad eliminare ogni promiscuità fra nazionali ed indigeni e a risolvere la coabitazione della servitù indigena nelle case di nazionali.

Il Vicerè, dopo aver riassunto i principali argomenti ed avere impartito le opportune direttive di dettaglio per l'azione sanitaria da svolgere, ha chiuso la seduta.

Corsi complementari e di perfezionamento.

Presso la Facoltà di medicina di Parigi sono stati organizzati molti corsi complementari e di perfezionamento. Ne segnaliamo alcuni.

Nella Clinica medica dell'« Hôtel-Dieu » (place du Paris-Notre-Dame 1), diretta dal prof. P. Carnot, si terranno: un corso di fisioterapia, a partire dal 17 aprile e per la durata di un mese, ed un corso di gastro-entero-epatologia, a partire dal 25 settembre e per la durata di 15 giorni; tassa fr. 300 per ognuno.

Nella Clinica medica propedeutica dell'« Hôpital Broussais-La Charité » (rue Didot 96), diretta dal prof. M. Villaret, si terrà un corso sulla terapia delle affezioni vascolari, renali, reumatiche e endocrino-vegetative, a partire dal 20 marzo, e per la durata di due settimane; seguirà il 51° corso di perfezionamento sulle malattie del tubo digerente, del fegato e della nutrizione, dal 1° al 15 maggio; tassa: per il primo corso fr. 300; per tutti e due fr. 400. Dal 13 al 15 maggio si svolgerà il 47° viaggio di studi medici a Vichy.

Per le iscrizioni e per il programma completo dei corsi rivolgersi alla segreteria della Facoltà; oppure al Bureau des Relations médicales avec l'Etranger (Salle Béclard, Faculté de Médecine).

Nella R. Università di Bologna, presso l'Istituto di Igiene si terrà dal 1° aprile al 31 maggio un corso di perfezionamento in igiene e microbiologia. Modalità consuete. Rivolgersi alla Direzione dell'Istituto (via S. Giacomo 12) o alla Segreteria dell'Università (via Zamboni 33).

L'ospedale psichiatrico di Varese.

L'ospedale psichiatrico provinciale, inauguratosi recentemente a Varese, sorge presso il rione di Bizzozzero, in una posizione molto salubre, dominante il panorama del lago e delle Prealpi. Lo stabilimento è costato diciassette milioni di lire e comprende, oltre alle più razionali attrezzature della tecnica ospedaliera, laboratori di falegnameria, officine meccaniche, tessitura, calzoleria, ecc., molti servizi generali (cucina, guardaroba, dispensa, lavanderia) a cui attenderanno gli stessi ricoverati. L'ospedale dispone poi di installazioni di carattere medico e scientifico tali che sarà possibile ogni più audace tentativo nel campo della diagnosi e della cura: perciò ricerche di laboratorio, indagini radiologiche, arditi interventi di chirurgia psichiatrica, cioè chirurgia del cervello. L'ospedale ha panificio, pastificio, lavanderia, proprii; e una chiesa che, posta al centro, rappresenta la monumentalità del complesso.

La superfice occupata è di trecentotrentamila metri quadrati.

Un po' dovunque.

Con recente decreto-legge sono state distaccate dall'Ente di assistenza di Roma numerose istituzioni ed opere, e se n'è formato un Ente denominato « Istituti riuniti di assistenza e beneficenza della città di Roma ».

Il sen. E. Maragliano pubblica nel « Messaggero » del 30 dicembre un articolo in cui sostiene l'utilità delle vaccinazioni preventive, con particolare riguardo a quelle antitubercolari — attuabili mediante i vaccini morti — per la difesa demografica e la vigoria fisica della razza.

Il col. med. J. Voucken, direttore dell'Ufficio internazionale per la documentazione medica militare, ha tenuto a Belgrado due conferenze: sul compito nazionale e internazionale del servizio sanitario militare e sulla necessità di revisione delle convenzioni e delle leggi sulla guerra.

All'Istituto del cancro di Buenos Aires è stato inaugurato un padiglione, dovuto alla generosità del compianto dott. Luis Costa Buero. Consta di 6 piani ed è capace di 100 malati; questi vi sono ricoverati in camere a due letti.

La Facoltà medica dell'Università cattolica di Lilla ha organizzato dei corsi che preparano al diploma di educazione fisica; vi sono ammessi licenziati dal liceo o da scuole equivalenti e che siano forniti del certificato di attitudine all'educazione fisica.

Il Ministero della Sanità della Romania provvederà a fondare delle scuole per ostetriche in tutti i grandi centri, affinchè ogni villaggio possa avere almeno un'ostetrica.

Il Ministero dell'igiene della Grecia ha stabilito di fondare delle Stazioni sanitarie in molti comuni rurali e piccoli centri. Vi saranno annessi dei dispensari, adattati ai bisogni igienici delle popolazioni. I dispensari comprenderanno delle consultazioni per tutte le malattie, con speciale riguardo al tracoma, alla tubercolosi ed alla malaria.

La Facoltà medica di Nancy ha ristabilito il giuramento per la tesi di dottorato. Esso dice: « Sulla mia coscienza, in presenza dei miei maestri e dei miei condiscepoli, giuro di esercitare la medicina secondo le leggi della morale e dell'onore e di praticare scrupolosamente tutti i miei doveri verso i malati, i colleghi e la società ».

Alla Facoltà medica di Parigi una religiosa missionaria dello Spirito Santo — Genoveffa de Colonjon, in religione suor Gilberta — ha superato con successo gli esami di dottorato. Ella era stata esterna negli Ospedali di Lione. La tesi ha riguardato « La lotta contro la lebbra: sforzo delle Missioni cattoliche nelle colonie francesi ».

In Germania l'emblema dei farmacisti, consistente in un serpente avvolto attorno ad una coppa, è stato abolito perchè originario dell'Asia minore. Verrà sostituito dalla lettera A in caratteri gotici, accompagnata da un segno runico.

Nell'ospedale della Misericordia a Praga le emanazioni di una tubatura di gas, scoppiata a causa del gelo, hanno invaso la sala dove si trovavano ventitre pazienti. Tre di questi sono morti asfissiati e gli altri sono stati dichiarati in pericolo di vita e così pure i due monaci che li assistevano durante la notte.

Si è costituita una « Società cubana di microbiologia », con sede ad Avana; il Comitato direttivo ne è così costituito: presidente Alberto Recio; vice-presidente F. Ramirez; segretario: Moisés Chediak.

È sorto a Filadelfia l'« Istituto della Pennsylvania per la tutela della salute dei negri », organizzato da medici negri. Negli Stati Uniti esistevano altre istituzioni congeneri, ma organizzate da bianchi.

La Stazione Termale di Salsomaggiore si appresta a celebrare il primo centenario dell'applicazione terapeutica delle sue acque salsoiodiche, che risale al 15 giugno 1839, quando il dott. Lorenzo Berzini, medico condotto della modestissima borgata chiamata allora Brugnola, cominciò a valersi delle « bagnature » pel trattamento di una ragazza, Franchina Cerruti, malata al piede destro, riuscendo a guarirla. La celebrazione consisterà in manifestazioni scientifiche, culturali, artistiche e sportive.

Il « Bulletin Médical » ha festeggiato il suo cinquantenario con un banchetto, al quale hanno partecipato i rappresentanti di altri periodici medici. Interessa notare che un tempo i periodici medici erano spesso rivali e conobbero polemiche asperrime; ora invece tra di essi sussistono rapporti cordiali, essendosi riconosciuto che v'è posto per tutti... Il dott. Le Sourd, rappresentante la « Gazette des Hôpitaux » — la decana delle riviste mediche francesi: conta duecento anni — ricordò le benemerenze della consorella: in particolare il « Bulletin Médical », appena sorto, assunse le difese di Pasteur. In ricordo di questo fatto, alla manifestazione è intervenuto il nipote del sommo scienziato: Pasteur Vallery-Radot.

È morto a 85 anni il prof. Christian Gram, che fu clinico medico a Copenaghen; è notissimo per la colorazione dei batteri che porta il suo nome, trovata quando egli, in età di 31 anni, si occupava di microbiologia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 16 sett. — GERDITS, HERMANN. Ricerca del bacillo tbc.

Presse Méd., 17 sett. — A. BÉCLÈRE. L'influenza; sieroterapia. — F. FLARER. Trattam. del bottone d'oriente.

Rev. Neurol., ag — J. DE BUSSCHER. Meningite da torula. — V. PITHA. Epilessia riflessa.

Rif. Med., 3 sett. — R. LOCASCIO. Prova di funzionalità epatica.

Min. Med., 15 sett. — S. BIANCARDI. Diagnosi di funzionalità renale.

Giorn. di Med. Mil., ag. — ASCOLI. Cura della malaria. — VIOLA. Inabilità psichica al serv. mil. e responsabilità penale.

Med. Klinik, 16 sett. — K. BECKMANN. Diabete dei vecchi. — H. ROBBERS e W. STILL. Insulina persistente. — H. v. HABERER. Echinococco alveolare (infiltrante).

Rassegna di Neurol. Vegetativa, 1-2. — A. LUNEDEI. Fisiopatologia della pressione art. — E. LIESCHI. Miopaptie.

Dermosifilografo, ag. — A. MIDANA. Natura dell'antigene di Frei. — T. GUERRIERI. Sedim. urin. nelle uretriti asettiche.

Presse méd., 1 ott. — SANARELLI. Le cacormie boccali. — OURY e STIEFFEL. La rettite emorragica.

Scalpel, 1 ott. — MASSION-VERNIORY. Le complicazioni nerv. del diabete.

Gaz. Hôp., 28 sett. — NAREMBOARY ed al. Insufficienza cardiaca e circolo periferico.

Med. Welt., 1 ott. — LÖHR. Tiroide e circolo. — KEESER. Eziol. e terap. degli esantemi medicamentosi.

Min. Med., 29 sett. — DE TONI. Le colopatie croniche nel bamb.

Rass. int. Clin. Ter., sett. — DELLA LOGGIA. Le emorragie rettali.

Bruxelles Méd., 2 ott. PERNARD. Le placche erisepelatose nelle stafilococcemie.

Ned. Tijd. v. genecsk, 1 ott. — Numero dedicato a Boeshaave.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 16 Gennaio 1939 - XVII Num. 3

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
E METODOLOGIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI BOLOGNA.
Direttore: prof. FR. SCHIASSI.

Ricerche elettrocardiografiche eseguite in volo.

Dott. ARRIGO POPPI e dott. G. C. ROVIGATTI.

Dopo il primo accenno alla fisiologia d'altitudine, reperibile da chi si interessi alla storia della medicina nell'opera di José de Acosta (1590), e dopo i primi studi condotti con rigore di metodo scientifico da A. Mosso, i contributi a questi problemi si sono andati moltiplicando, specie con l'affermarsi dell'aviazione, al punto che oggi, oltre ad essersi formata una branca speciale della scienza medica, essa possiede un corpo di conoscenze notevolissimo, ricco, specialmente nel campo della fisiologia del volo, di contributi italiani Gemelli-Margaria-Foà-Herlitzka, ecc.). Una bibliografia di medicina areonautica accuratamente raccolta sino al 1936 da I. Schmidt (1) comprende ben 3600 lavori!

Lo studio degli effetti della depressione barometrica, e della conseguente ipotensione dell'O_2 nell'aria inspirata, sulle principali funzioni organiche e in particolare su quelle circolatorie è stato perseguito largamente su basi sperimentali tanto nell'animale che sull'uomo servendosi per lo più di camere di decompressione o anche della respirazione obbligata di miscele gasose impoverite di O_2.

Ricorderemo, in breve, i dati della letteratura riguardanti il comportamento del cuore, con speciale riguardo ai reperti ecgfici.

Lo studio sperimentale su animali che naturalmente possono venire assoggettati a ipopressioni alle quali non è possibile cimentare l'organismo umano, ha dimostrato un andamento generale dei fenomeni comune, e varianti nelle singole specie, in rapporto col diverso orientamento nervoso vegetativo.

L'impoverimento di O_2 condotto sino a certi limiti, che appunto sono diversi per i vari animali, provoca anzitutto un aumento della fre-

quenza del ritmo cardiaco: questo aumento è più notevole negli animali a tono vagale abitualmente alto (cane) che in quelli a tono vagale basso (gatto-coniglio), giacchè appare dovuto appunto a una inibizione di detto tono, come dimostrano chiaramente esperienze su animali vagotomizzati e con sezione degli acceleranti [Kountz-Gruber (2); Borgard (3); Cluzet e collaboratori (4); Binet e collaboratori (5)]. Solo da esperienze di Greene-Payne-Siddle (6) sarebbe risultata una primaria importanza del simpatico nell'accelerazione da ipopressione: ma ormai sembra raggiunto l'accordo su un prevalente effetto vagale negativo, specie dopo i lavori di Borgard che ha dimostrato che la frequenza massima raggiunta in queste esperienze corrisponde con grande appprossimazione alla frequenza propria del cuore per quella determinata specie animale, e cioè alla frequenza che si ha dopo enervazione.

Proseguendo nella decompressione si verificherebbe in una seconda fase un'irritazione centrale del vago con rapido rallentamento del polso.

Questa è probabilmente la fase colta nelle esperienze di Van Liere e Crisler (7), i quali sostennero il concetto di una forte eccitazione del vago da anossiemia, avendo constatato rallentamento della frequenza e ingrandimento del cuore in cani narcotizzati e sottoposti a respirazione di azoto.

Infine il tono vagale soccombe per paralisi anossiemica centrale e si ha la caduta della frequenza a valori corrispondenti a quelli della dissociazione atrio-ventricolare completa o incompleta che si verifica in conseguenza dell'azione diretta dell'anossiemia sul sistema di conduzione del cuore.

L'ecg. oltre a documentare i fenomeni di cui si è detto ha messo in evidenza, sempre negli animali, alterazioni soprattutto a carico della fase finale del ventricologramma.

Kountz e Gruber ottennero nel cane quadri simili a quelli dell'occlusione coronarica umana. Le osservazioni successive (Borgard, Cluzet-Piery-Ponthus-Milhaud, Binet-Strumza-Ordoñez) hanno in genere confermato il seguente quadro, soggetto a varianti a seconda dell'animale in esame: abbassamento di T, che può divenir negativa, per quelle decompressioni in cui si ha la 1ª fase tachicardica e l'inizio della 2ª fase (polso da irritazione vagale), e cioè nel cane fino a un abbassamento del contenuto di O_2 al 30 % secondo Kountz e Gruber, a un'anossiemia corrispondente a 6000-8000 m. d'altezza secondo Binet e collaboratori; poi, a depressioni ulteriori (corrispondenti a 10.000 m. secondo Cluzet e collaboratori, a 14-15.000 m. secondo Binet e collaboratori) si ha ritorno della T alla positività, con alto voltaggio, sollevamento dello spazio ST e infine passaggio del complesso ventricolare a una forma monofasica, corrispondentemente a quanto è stato descritto da Miki (8) in esperienze di soffocazione (« T asfittica »). Questi reperti si accordano con quelli anatomici di Luft (9) che mediante ipopressione ha ottenuto in animali lesioni necrobiotiche disseminate, simili nel cuore a quelle che furon descritte nelle insufficienze coronariche acute dell'uomo.

Per quanto riguarda gli altri elementi dell'ecg., le modificazioni osservate sono di minore entità e meno costanti: è ricordata per solito una diminuzione di voltaggio della P, sino a scomparsa, quando si instauri una dissociazione atrioventricolare (Borgard-Binet), e della R. Borgard ricorda pure un impiccolimento della Q.

Il tempo di conduzione atrioventricolare in connessione con l'andamento delle influenze vagali subirebbe un accorciamento nella 1ª fase (tachicardica) dell'anossiemia, per allungarsi poi progressivamente sino al blocco. All'infuori di questo, tra i disturbi del ritmo da alterata formazione dello stimolo, furono trovate nel coniglio (e interpretate come segno di minor resistenza di questo animale a tono vagale basso) extrasistoli ventricolari atipiche nella 2ª fase (Borgard) e persino fibrillazione ventricolare per ipossiemia corrispondente ad altitudine di m. 10.000 (Cluzet e coll.).

Passando ora alle esperienze sull'uomo bisogna anzitutto ricordare quelle di Greene e coll. (10), i quali facendo inspirare a soggetti sani miscele con O_2 in progressiva diminuzione riscontrarono prima della crisi asfittica con perdita di coscienza: *aumento della frequenza — accorciamento di PR e di RT — abbassamento del voltaggio di T;* e proseguendo l'esperienza, *difasismo o inversione di T, abbassamento della frequenza* e *disturbo di conduzione* con progressivo spostamento della formazione dello stimolo verso centri più bassi (tawarici): con una perfetta corrispondenza, come si vede, coi dati sperimentali ottenuti sugli animali.

Successivamente Dietrich e Schwiegk (11) osservarono, pure su soggetti sani, abbassamento della T in tutte le derivazioni con massimo in D_3 (e senza mai inversione in D_1) ricorrendo sia alla depressione in camera pneumatica sia alla respirazione con miscele ipossigenate.

Katz-Hamburger-Schutz (12) confermarono nei sani l'abbassamento progressivo (fino anche a negatività) della T in una o più derivazioni, con o senza dislivello di ST, nella anossiemia generalizzata. Anche qui le alterazioni massime furono verificate in 2ª e 3ª D. L'esperienza eseguita su anginosi di petto diede analoghi risultati, solo che 2 dei 4 esaminati accusarono dolori tipici. Rotschild-Kissin (13) sottoponendo ad anossiemia 38 soggetti notarono in 11 (tra cui 8 anginosi) deviazione di ST, abitualmente in senso negativo, una sola volta positivo.

Borgard e Koch (14) riscontrarono al contrario solo di rado modificazioni di ST; regolarmente invece appiattimento di T (massimo nei casi con T abitualmente alta); impiccolimento proporzionato dei vari elementi di QRS; non modificazioni di P e di Q. Anche il tempo PR restò praticamente invariato nella maggioranza dei soggetti sottoposti a depressione corrispondente ad altitudine di 7000 m.; nella brusca riossigenazione si notò invece in alcune persone, disturbo di conduzione sino all'automatismo. In esse per altro, in base a modificazioni dell'ecg. sotto sforzo, si doveva supporre l'esistenza di lesioni miocardiche latenti. Un rilievo importante fatto dagli AA. tedeschi e confermante, anche nell'uomo, l'origine dell'aumento di frequenza da caduta del tono vagale è che, con depressione corrispondente a varie migliaia di metri, mentre il seno si fa tachiritmico, diviene anche perfettamente regolare se prima esisteva un'aritmia respiratoria.

Cluzet e coll. hanno osservato nell'uomo, a depressioni corrispondenti ai 6000 m., irregolari extrasistoli ventricolari e tachicardia. Concordi in genere con i risultati degli AA. precedenti son quelli di Tigges (15) e di Larsen (16). Solo che Tigges nella 1ª fase (tachicardica) osservò per la maggioranza dei soggetti un aumento di P_2 col progredire dell'altezza (altro segno, sec. l'A., di

caduta del tono vagale essendo stato trovato un reperto simile da Asher nella vagotomia); e Larsen trovò più marcate le alterazioni di ST e T in 1ª e 2ª derivazione.

Graybiel-Missiuro-Edwards (17) sottopenendo a un'ipossigenazione corrispondente ad altitudine di 4350 m. cardiaci di vario tipo e individui sani, notarono che l'accelerazione fu simile nei due gruppi e di scarsa entità: probabilmente perchè la depressione non fu spinta, almeno per i soggetti presi in esame, al punto in cui si ha forte abbassamento del tono vagale; come dimostra anche l'osservato aumento dell'aritmia respiratoria in rapporto a maggior profondità del respiro. Anche le modificazioni dell'ecg. furono simili nei sani e nei malati e consistettero essenzialmente in un diminuito voltaggio della T, più raramente in abbassamento di ST. Studiando in particolare le modificazioni dell'onda finale nell'ipossiemia, Ruhl (18) ha invece trovato molto frequente, accanto ad appiattimento di T_1 e T_2 un dislivello negativo o del solo ST_2 o di ST_1 ed ST_2 in un gruppo numeroso di giovani militari sottoposti a controllo in camera pneumatica, con depressione pari a 6500 m. d'altitudine.

Sec. l'A. tale comportamento va attribuito a una diversa composizione del gruppo studiato, giacchè in esso prevalevano giovani sportivi, con tendenza a valori alti della pressione arteriosa, nei quali appunto si verificarono più frequenti e più marcate le modificazioni ecgfiche suddette.

Alla diminuzione e scomparsa dell'aritmia respiratoria nell'ipossiemia hanno infine dedicato di recente un lavoro Anthony e Harlandt (19) concludendo che tale fenomeno si produce in modo assai regolare fra i 4000 e i 5000 m., con massima evidenza nei soggetti con a. r. marcata, e indipendentemente da polipnea o da diminuzione della pressione arteriosa, solo come espressione di diminuita azione vagale sul cuore.

Da questa breve rassegna sui dati della letteratura risulta che il comportamento dell'ecg. nell'ipossiemia ha avuto un largo studio sperimentale. Non può tuttavia dirsi a priori che nel volo il cuore debba subire, e soltanto, condizioni identiche a quelle realizzabili sperimentalmente, giacchè possono intervenire altri fattori quali il raffreddamento, gli effetti di accelerazione (sopportazione sec. Grocco) ed influenze psichiche particolari. Anche a prescindere dai due primi fattori che, nelle normali condizioni di volo possono essere ritenuti trascurabili e comunque andrebbero studiati in modo tutto speciale, è certo che la tensione del pilotaggio o, nel caso di passeggeri, specie se nuovi al volo, il fattore emotivo, possono ben riflettersi sull'attività del cuore, tanto soggetta a influenze nervose. Persino negli esperimenti eseguiti in camera pneumatica si è constatato che la ripetizione della prova in uno stesso soggetto dà spesso luogo a modificazioni ecgfiche meno accentuate [Lottig (20)-Ruhl]. Siccome non ci risulta che siano stati pubblicati tracciati ecgfici raccolti durante il volo a quote in cui già la ipopressione di O_2 possa dare luogo ad alterazioni (*), ci è sembrato utile far conoscere subito alcuni dati da noi raccolti recentemente grazie al generoso interessamento dell'Ala Littoria (**).

I rilievi sinora fatti non possono avere che un carattere frammentario sia per lo scarso numero dei soggetti esaminati, sia perchè, raccolti ai primi voli, in una fase, per così dire, ancora preparatoria, non poterono essere corredati da uno studio più completo delle funzioni circolatorie, quale ci proponiamo di fare in un secondo tempo. Su comuni apparecchi commerciali di linea (e quindi con eliminazione quasi assoluta degli eventuali effetti da raffreddamento e da accelerazione) si presero a varia quota in soggetti allenati e non allenati al volo ecg. mediante comune apparecchio portatile Siemens ad amplificazione. Non sempre il tracciato poteva essere raccolto per l'interferenza di correnti parassite: ma notammo che, evitando i momenti di attività della radiotrasmittente, si potevano avere grafiche leggibili. Riferiamo senz'altro alcuni protocolli di esperienza, rimandando alle conclusioni qualche osservazione sui fatti di maggior rilievo.

A) SOGGETTI ALLENATI AL VOLO (tutti da ritenere in perfette condizioni fisiche perchè appartenenti ad equipaggi sotto costante controllo medico; nessuno lamentava sensazioni subbiettive abnormi nè a terra nè in volo).

1) O. H., a. 34, motorista in servizio di linea.

ECG a terra: Ritmo sinusale regolare. Periodo 0''73. Frequenza 82.

Atriogramma: forma normale; durata 0''11; voltaggio: $P_1 = 1{,}5$; $P_2 = 1{,}8$; $P_3 = 0{,}5$.

Intervallo PR = 0''17.

Ventricologramma: durata di QRS = 0''09; voltaggio: $Q_1 = 1{,}2$; $Q_{2-3} = 0$; $R_1 = 10{,}5$; $R_2 = 4{,}5$; $R_3 = 1{,}5$; $S_1 = 1{,}5$; $S_2 = 1$; $S_3 = 2{,}8$.

Spazio ST isoelettrico.

$T_1 = +3{,}5$; $T_2 = +2$; $T_3 = 0$.

ECG in volo (3200-3400 m.): Ritmo sinusale regolare. Periodo 0''67. Frequenza 89.

Atriogramma: $P_1 = 1$; $P_2 = 1{,}1$; $P_3 = 0$.

(*) Padre A. GEMELLI ha attrezzato un velivolo (Caproni 111) per studi fisiologici in volo, munito anche di elettrocardiografo; i suoi risultati sono tuttora inediti. Al 2º Convegno di Medicina Aereonautica (Milano, ott. 1937) accennò soltanto, in sede di discussione, alla costante negatività dei reperti ecgfici sino allora raccolti (21).

(**) Teniamo a ringraziare qui in modo particolare l'on. Umberto Klinger, presidente dell'Ala Littoria, che si è subito interessato al progetto delle nostre ricerche e ci ha consentito di compiere su apparecchi di linea della sua Società le esperienze che sono tuttora in corso.

Intervallo PR=0''17.
Ventricologramma: voltaggio: Q_1=2,5; Q_{2-3}=0; R_1=11,2; R_2=4,3; R_3=1; S_1=0,9; S_{2-3}= ?
Spazio ST isoelettrico.
T_1=+2,5; T_2=+1,8; T_3= — 0,5.

2) C. S., a. 27, tenente pilota in servizio di linea.

ECG a terra: Ritmo sinusale con lieve aritmia respiratoria (periodo 0''82 a 0''91); frequenza media 69.
Atriogramma: forma normale; durata 0''10; voltaggio: P_1=0,8; P_2=2; P_3=1.
Intervallo PR=0''18.
Ventricologramma: voltaggio: Q_{1-2-3}=0; R_1=9,1; R_2=18,2; R_3=8; S_{1-2-3}=0.
Spazio ST isoelettrico.
T_1=+2,5; T_2=+4,2; T_3=+2,5.

ECG in volo (4800-5000 m.): Ritmo sinusale con persistenza dell'aritmia respiratoria (periodo da 0''60 a 0''70). Frequenza media 92.
Atriogramma: voltaggio: P_1 = 0,1; P_2 = 1,5; P_3 = 0,7.
Intervallo PR = 0''18.
Ventricologramma: Q_{1-2-3}=0; R_1=8,6; R_2=15; R_3 = 8; S_{1-2-3} = 0.
Spazio ST isoelettrico in D_{1-3}; lievemente elevato in D_2.
T_2=+0,9; T_2=+2,5; T_3=+1,2.

3) M. E., a. 32, motorista in servizio di linea.

ECG a terra: Ritmo sinusale con lieve aritmia respiratoria (periodo da 0''75 a 0''93). Frequenza media 71.
Atriogramma: forma normale (lieve bifidità in D_2); durata 0''09; voltaggio: P_1=0,7; P_2=2; P_3=1,5.
Intervallo PR=0''15.
Ventricologramma: durata di QRS=0''07; voltaggio: Q_1=0; Q_2=0,5; Q_3=1,2; R_1=3,8; R_2=19; R_3=16,5; S_1=1,5; S_{2-3}=0.
Spazio ST isoelettrico.
T_1=+3; T_2=+6; T_3=+3,5.

ECG in volo (3500 m.): Ritmo sinusale con persistenza della lieve aritmia respiratoria (periodo da 0''84 a 0''98); frequenza media 65.
Atriogramma: voltaggio: P_1 = 0,2; P_2 = 1,5; P_3 = 0,7.
Intervallo PR = 0''13.
Ventricologramma: Q_1=0; Q_2=1; Q_3=1,5; R_1 oscillante fra 3 e 4,5; R_2=18; R_3=15,3; S_1=1,5; S_{2-3}=0.
Spazio ST isoelettrico.
T_1=+2; T_2=+4; T_3=+1,8.

4) R. G. C., a. 28, pilota della riserva aeronautica in periodo di scarsa attività di volo.

ECG a terra: Ritmo sinusale regolare. Periodo 0''77. Frequenza 77.
Atriogramma: forma normale; voltaggio: P_1=1,1; P_2=1,6; P_3=1,5.
Intervallo PR=0''12.
Ventricologramma: Q_{1-2-3}=0; R_1=5,1; R_2=10; R_3=5,8; S_1=1,9; S_2=2; S_3=0.
Spazio ST isoelettrico.
T_1=+3,4; T_2=+3,3; T_3=+0,55.

ECG in volo (3500 m.): Ritmo sinusale regolare. Periodo 0''70. Frequenza 85.
Atriogramma: voltaggio: P_1=0,7; P_2=2.
Intervallo PR=0''12.
Ventricologramma: Q_{1-2}=0; R_1=5; R_2=11; S_1=2; S_2=1.
Spazio ST isoelettrico.
T_1=+2; T_2=+3.

B) SOGGETTO NON ALLENATO AL VOLO.

P. A., a. 27, medico. Peso corporeo Kg. 75. Statura cm. 174.5.

Notevole attività sportiva (nuoto dai 6 a.; pallacorda dai 20 a., con attività anche agonistica).

Nell'anamnesi patologica nessuna malattia di qualche importanza salvo frequenti angine tonsillari, mai seguite da complicazioni renali.

L'esame obbiettivo, con speciale riguardo al cuore, non rilevava nulla di abnorme. Marcata aritmia respiratoria a riposo. Polso abitualmente bradicardico ma con notevole facilità a tachicardie emotive e talora in periodo digestivo (« cuore irritabile »). Pressione arteriosa: 120-72. All'ortocardiogramma: cuore un po' adagiato con la configurazione alquanto globosa frequente in soggetti sportivi. D. Long. 14,3; D. Largh. 10; D. Ant.-Post. 9,7. Valore cardiaco (secondo Benedetti e Bollini) = cc. 624 (valore quindi compreso entro + 1 σ dal valore medio normale calcolato per giovani sani fra 20-25 anni in cc. 569) (fig. 1).

ECG a terra: Ritmo sinusale con marcata aritmia respiratoria. Periodo da 0''65 a 0''88. Frequenza media 79.
Atriogramma: forma normale (lievemente uncinata la P_2); durata 0''09; voltaggio: P_1 = 0,7; P_2 = 1,1; P_3 = 0,3.
Intervallo PR = 0''14-0''16.
Ventricologramma: Q_1=1,6; Q_2=0,5; Q_3=0; R_1=12,8; R_2=4; R_3=1,7; S_1=1,8; S_2=0,3; S_3=12,5
Spazio ST isoelettrico.
T_1 = +4,1; T_2=+5; T_3= — 0,2.
Asse elettrico deviato a sinistra: indice di Lewis = + 21.

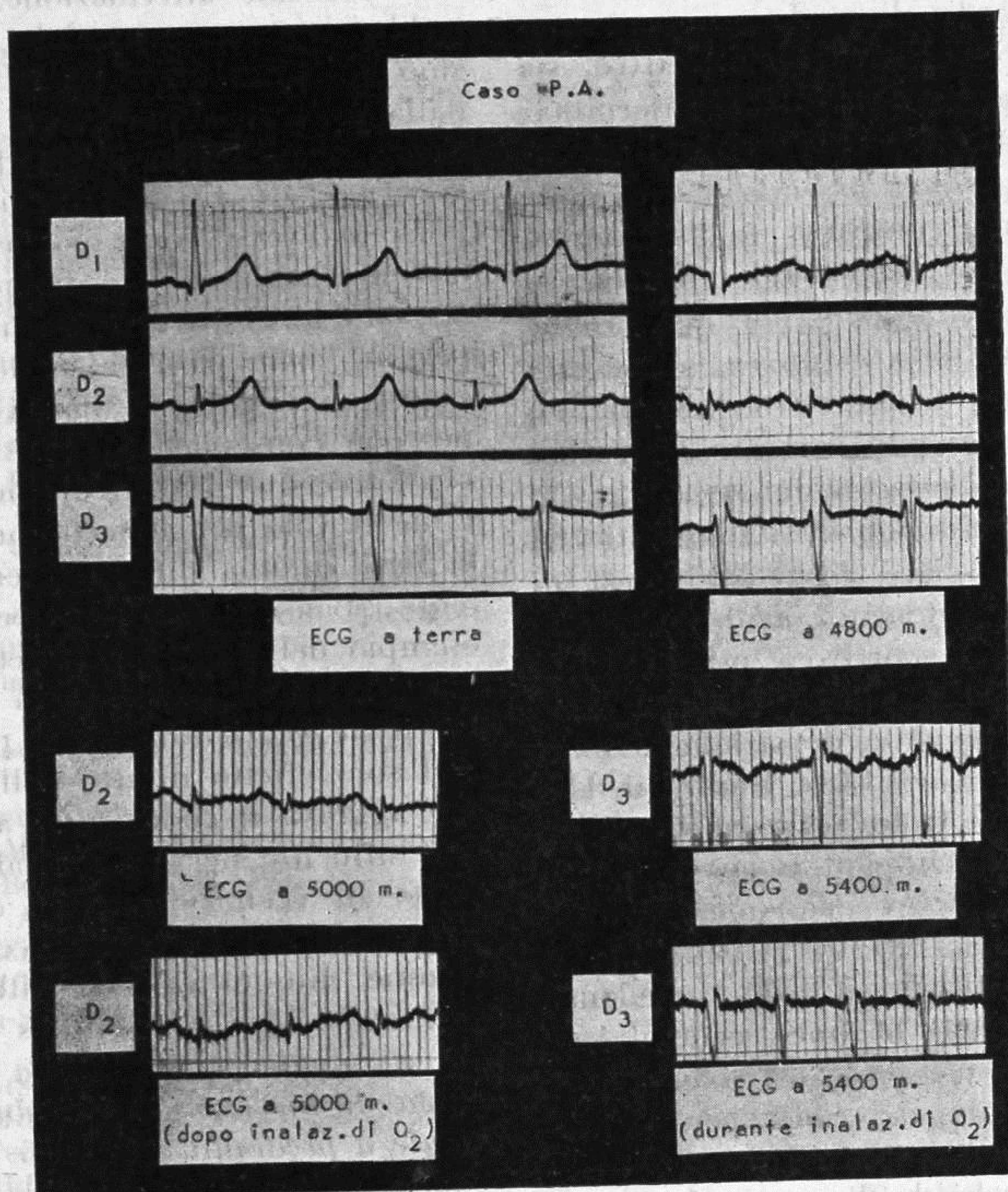
ECG in volo (a varia altezza):
a 3600 m.: Ritmo sinusale regolare. Periodo 0''47. Frequenza 127.
P_1=1,5; P_2=1,3; Intervallo PR = 0''16.
Q_1=2,8; Q_2=2; R_1=13,9; R_2=3,8; S_1=3,3; S_2=0.
ST isoelettrico T_1=+1,2; T_2=+1,7;
a 4800 m.: Ritmo sinusale regolare. Per. 0''47. Frequenza 127. P_1=1,6; P_2=1,4; P_3=0,6.
Q_1 di voltaggio variabile periodicamente fra 2,1 e 3.
Q_2=1,9; Q_3=0; R_1=17,7; R_2=3; R_3=2,5; S_1=2; S_2=0; S_3=10,7.
ST isoelettrico T_1=+0,8; T_2=+0,6; T_3 = — 0,2
a 5000 m.: Ritmo sinusale regolare: Periodo 0''47. Frequenza 127.
P_2=1,4; Q_2 di voltaggio variabile periodicamente fra 0,7 e 2,5; R_2 di voltaggio variabile periodicamente fra 1,6 e 3,5; S_2=0; ST_2 isoelettrico; T_2=0;
a 5000 m. (dopo inalazione di O_2): Ritmo sinusale regolare. Periodo 0''47. Frequenza 127.
P_1=1,5; P_2=1,6; Q_1=2,8; Q_2=2,5; R_1=16,8; R_2=4,9; S_1=1,8; S_2=0; spazio ST isoelettrico; T_1=+0,9; T_2=+1,4;
a 5300 m.: Ritmo sinusale regolare. Periodo 0''49. Frequenza 122.
P_3 = —0,2; Q_3 = 0; R_3 = 2,2; S_3 = 14,5; ST_3 un po' elevato; T_3 = — 2;
a 5400 m. (durante inalazione di O_2): Ritmo sinusale regolare. Periodo 0''35. Frequenza 171.

$P_3 = +0{,}2$; $Q_3 = 0$; $R_3 = 1{,}8$; $S_3 = 11$; ST_3 isoelettrico; $T_3 = 0$.

Durante il periodo di massima tachicardia il soggetto avvertì lieve sensazione di cardiopalmo senza alcun altro disturbo.

Dopo il ritorno a terra l'ECG riprese il suo aspetto abituale.

N. B. — Le quote massime furono raggiunte, in occasione di una trasvolata alpina, al fine di superare banchi di nubi e furono mantenute solo per breve tempo (10'-15'): il che spiega come non si siano raccolti tracciati completi delle tre derivazioni a tutte le varie quote.



Conclusioni.

La scarsità delle osservazioni non permette naturalmente di trarre conclusioni di indole generale, quali ad es. sarebbero interessanti dal confronto di un gruppo di allenati e uno di non allenati al volo. Comunque, tenendo conto dei dati raccolti negli studi sperimentali di cui si fece cenno, è possibile anche su questi pochi casi di fare alcuni rilievi che ci sembrano non privi di interesse.

Anzitutto crediamo che, in linea generale, non si possa mettere in dubbio la influenza del fattore « allenamento » sulla reattività del cuore alle condizioni del volo in altitudine: confrontando i nostri reperti in soggetti ben allenati con quelli ottenuti, a parità d'altezza, in camera pneumatica su soggetti sani ma non certo abituati a diverse ore di volo quotidiano, risulta una maggior tolleranza rivelata soprattutto dalla modica accelerazione che il ritmo cardiaco subisce: segno di un più stabile e resistente tono vagale, confermato altresì dal persistere (anche sui 5000 m.) dell'aritmia respiratoria. Ma, altro fatto degno di rilievo, in tutti indistintamente i soggetti da noi esaminati, e anche per quote relativamente basse, si resero evidenti modificazioni del tracciato ecgfico. Esse furono costanti a carico dell'onda finale nel senso di una diminuzione di voltaggio, massima per lo più in D_2 e in D_1. A carico delle altre onde si notò, negli allenati, diminuzione della P in tutte le derivazioni; lieve tendenza ad accentuazione della Q; aumento o diminuzione della R e della S a seconda della derivazione. Non si osservò mai, invece, mutamento nel tempo di conduzione atrio-ventricolare (PR) o intraventricolare (QRS).

A parte vogliamo da ultimo considerare il comportamento dell'unico soggetto non allenato [P. A.]. In esso tutte le modificazioni suddette si presentarono con particolare in-

tensità. Rilevante l'aumento di frequenza (da 79 a 127) sin da una quota di 3600 m.: il venir meno dell'azione vagale sul cuore, particolarmente intensa (ma labile!) in questo soggetto in condizioni normali, è testimoniato dalla completa scomparsa dell'aritmia respiratoria e dalla notevole fissità della frequenza raggiunta. L'inalazione di O_2 a 5400 m. provocò tuttavia una ulteriore accelerazione, sino a una tachicardia di grado veramente notevole (171) e con disturbo subbiettivo, sia pure minimo (cardiopalmo). Sull'interpretazione di questo fatto non vogliamo qui addentrarci: ricordiamo solo l'osservazione di Borgard-Koch (14) sulla comparsa di disturbi del ritmo per brusca riossigenazione in soggetti con cuore non perfettamente normale. Anche nel nostro caso, ad onta di un es. obb. e radiologico perfettamente negativo, bisogna riconoscere che non si può parlare di un cuore « normale » in senso assoluto: a parte il ricordo anamnestico di tonsilliti frequenti che potrebbe sempre lasciare adito all'ipotesi di lesioni miocardiche latenti, è evidente che si tratta di un cuore « sportivo » nel senso di una probabile ipertrofia, di cui può essere manifestazione anche la netta deviazione dell'asse elettrico verso sin. nell'ECG. Inoltre il dato anamnestico di facili tachicardie emozionali o digestive potrebbe anche far ascrivere questo caso alla categoria dei c. d. « cuori irritabili ».

Quanto alla modificazione delle varie onde essa si compì secondo le linee generali già dette, per quanto con intensità maggiore e progressiva con l'altezza. Solo per l'atriogramma si osservò un comportamento totalmente diverso giacchè la P aumentò di voltaggio sino ai 5000 m. scendendo solo dopo tale quota sotto al livello di partenza. Questo fatto (che per la P_2 si era verificato del resto, a quota 3500 anche in RGC., il meno allenato cioè dei soggetti già assuefatti al volo) potrebbe forse venire interpretato come un'altra manifestazione di caduta del tono vagale, in accordo col già citato reperto di Tigges (15) e di Asher (16).

Dal complesso delle nostre osservazioni ci sembra lecito trarre le seguenti conclusioni:

1) *riconferma del quadro generale delle modificazioni ecgfiche da ipopressione, controllate in volo;*

2) *possibilità di modificazioni ecgfiche di tipo ipossiemico anche a quote relativamente basse e comunque oggidì abituali almeno agli apparecchi di determinate linee.* Onde la necessità di grande cautela nel permettere l'uso di tale mezzo a soggetti cardiopatici (nel senso più lato), almeno senza un preventivo controllo ecgfico. Di recente a conforto della tesi che il clima di altitudine non va senz'altro proscritto ai cardiaci, è stato citato l'esempio di un 84enne, iperteso, che compì un volo (con quota massima a 3000 m.) senza alcun spiacevole incidente [Galli (22)]. Noi riteniamo che una tale affermazione, senza riserve potrebbe ingenerare qualche pericoloso ottimismo: bisogna tener conto che, come è noto dalla letteratura e risulta dalla nostra esperienza, modificazioni ecgfiche, indice, sia pure generico, di alterata funzionalità del cuore, possono aversi per l'ipossiemia senza manifestazioni subbiettive o obbiettive d'altro tipo; e che d'altra parte cuori ipertrofici o, ancor peggio, male irrorati sono più di ogni altro esposti a risentire i danni dell'ipossigenazione, con conseguenze che è facile comprendere. È recente il caso di un pilota morto durante il volo per attacco coronarico acuto sulla base di una diffusa sclerosi coronarica latente [Benson (23)]: e potrebbe essere un esempio del ruolo patogenetico che può assumere la ipossigenazione in casi simili. D'altra parte va ricordato che probabilmente non è il solo effetto diretto dell'ipossiemia quello che aggrava il cuore nella altitudine: ma anche influenze nervose-centrali alteranti le modalità di eccitazione e di contrazione [Schlomka (24)] e un sovraccarico per aumento del volume minuto e della gittata sistolica [Talenti (25), Luft (9), Matthes e Malikiosis (26)];

3) *maggior sensibilità a risentir della quota di un cuore « irritabile », ma abitualmente a predominante tono vagale e con probabile ipertrofia da sport.*

Ciò è in accordo con i dati recenti di Ruhl (18). Contrasterebbe invece con la concezione sostenuta da altri che un cuore globoso, a tipo vagale, sia il più resistente alla depressione;

4) *riconferma dell'opportunità di sottoporre a esame ecgfico in ipopressione gli aspiranti-piloti e della necessità che le quote oltre i 5000 m. non vengano affrontate a respirazione libera.*

RIASSUNTO.

Ricerche elettrocardiografiche eseguite in volo su areoplani di linea, a quota massima di 5400 m., hanno dimostrato in tutti i soggetti, anche i meglio allenati, modificazioni dell'attività cardiaca palesate soprattutto da aumento di frequenza e da abbassamento dell'onda finale T dell'ECG. C'è motivo tuttavia di credere che la reattività, a parte il fattore indi-

viduale, dipenda dal grado di allenamento: il meccanismo di questo potrebbe essere una maggiore stabilità del tono vagale.

Le massime alterazioni si manifestarono, indipendentemente da ogni manifestazione subbiettiva attribuibile al mal d'aria, in un giovane soggetto non allenato al volo, sano, ma con cuore di tipo « sportivo » e « irritabile ».

Si deduce l'opportunità del controllo ecgfico in decompressione per tutti piloti; della massima cautela nel permettere voli oltre i 3000 m. a soggetti in cui sia lecito supporre una qualsiasi minorazione del cuore (anche per sola ipertrofia); della necessità di non affrontare mai l'alta quota in respirazione libera.

BIBLIOGRAFIA.

1) Schmidt I. *Bibliographie der Luftfahrtmedizin.* Springer, 1938.
2) Kountz-Gruber. Proc. Soc. exper. Biol. a Med., 27, 179, 1929.
3) Borgard. Klin. Woch., 1934, 11, 1642; Arb. physiol., 9, 308, 1936.
4) Cluzet-Piery-Ponthus-Milhaud. Arch. Electrol. méd., 43, 97, 1935.
5) Binet-Strumza-Ordonez. Arch. Mal. Coeur, 1938, 1, 11.
6) Greene-Payne-Siddle. Am. J. Physiol., 72, 194, 1925.
7) Van Liere-Crisler. Ibid., 105, 460, 1933.
8) Miki. Z. exper. Med., 27, 323, 1922.
9) Luft. Ziegler's Beitr., 98, 323, 1937.
10) Greene-Gilbert. Arch. Int. Med, 27, 517, 1921.
11) Dietrich-Schwiegk. Klin. Woch., 1, 1933; Z. f. kl. Med., 125, 195, 1933.
12) Katz-Hamburger-Schutz. Am. Heart. J., 9, 771, 1933-34.
13) Rothschild-Kissin. Ibid., 8, 745, 1933.
14) Borgard-Koch. Münch. med. Woch., 556, 1934.
15) Tigges. Z. f. Kreislff., 1936.
16) Larsen. Hosp. tid., 277, 1936.
17) Graybiel-Missiuro-Edwards. J. Aviat. Med., 8, 178, 1937.
18) Rühl. Z. f. Kreislff., 30, 393, 1938.
19) Anthony-Harlandt. Ibid., 30, 241, 1938.
20) Lottig. Luftf. med. Abh. 1, 183, 1937.
21) Gemelli. Atti del 2º Convegno di medicina aeronautica, Milano, p. 133, 1937.
22) Galli. Policlin., Sez. Prat., XLV, 15, 712, 1938.
23) Benson. J. Aviat. Med., 8, 81, 1937.
24) Schlomka. Med. Klinik, 13, 421, 1938.
25) Talenti. Arch. Sc. Biol., 10, 87, 1927.
26) Matthes-Malikiosis Luftf. med., 1, 1937.

In uno dei prossimi numeri pubblicheremo:

SULLA COLITE ULCEROSA

Lezione Clinica del

Prof. Cesare Frugoni

Direttore della Clinica Medica e Terapia Clinica della R. Università di Roma.

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale S. Spirito in Sassia - Roma
Reparto chirurgico - Primario prof. G. Egidi.

Profilassi delle complicazioni polmonari post-operatorie con un preparato chinino-calcico. (1)

Dott. Mino Moraldi, aiuto chirurgo.

Un metodo di profilassi delle complicazioni polmonari post-operatorie efficace e pratico nello stesso tempo non è ancora entrato nell'uso comune, cosicchè di solito i chirurghi si limitano ad una profilassi generica (cura della bocca, limitazione della narcosi generale, perfezione della tecnica operatoria e della asepsi); d'altra parte in nessun'altra affezione come nella polmonite post-operatoria avviene di poter prevedere con esattezza l'inizio della malattia e quindi di poter impiegare mezzi idonei a prevenirla.

Dopo che fu dimostrata l'azione terapeutica del chinino (v. Bergmann, Morgenroth, Aufrecht, ecc.) e del calcio (H. H. Meyer, Gold, Rothlin, Kayser, Kaffler, ecc.) nella polmonite crupale e nelle broncopolmoniti e polmoniti in genere, si pensò di usare i due medicamenti e specialmente il secondo come profilattici delle forme post-operatorie; così Bremer, Maillefert ed Orator, così Lindauer con l'« Afenil » (Cloruro di Calcio + Urea). Nello stesso tempo si pensò di associare a scopo curativo i due medicamenti nello stesso malato; i primi tentativi di cura eseguiti somministrando separatamente Gluconato di Calcio e Chinino-Uretano (Barthel, Blackert, Schöndube) furono seguiti a breve distanza da studi completi con preparati contenenti nella stessa fiala Chinino e Calcio; Nissen e Ballmann usarono fiale contenenti Chinino + Amidofenazone + Calcio Glutaminato; Schöndube Gluconato di Chinino + Gluconato di Calcio. I risultati furono quanto mai incoraggianti e si dimostravano tanto migliori quanto più precocemente veniva iniziato il trattamento.

Era logico usare le stesse sostanze come mezzo profilattico della polmonite post-operatoria completando la profilassi calcica già proposta ed attuata da parecchi anni e da più parti.

Un primo articolo è stato pubblicato nel 1936 da Klehmet, ma le ricerche di Ulbrich, eseguite nella Clinica Chirurgica di Schmieden

(1) Comunicazione fatta al 45º Congresso della Società Italiana di Chirurgia, ottobre 1938-XVI.

(Francoforte s. M.) sono veramente dimostrative ed importanti. Questo Autore ha impiegato profilatticamente il Chinino-Calcio su 280 operati, prendendo a paragone un gruppo di 290 operati, osservati nello stesso periodo di tempo e tenuti senza profilassi; nei profilattizzati ha avuto 19, cioè il 6,8 %, complicazioni polmonari, per lo più di natura leggera, con solo 4 decessi. Nei 290 operati non trattati profilatticamente ha avuto 54 casi, cioè il 18,6 %, di complicazioni polmonari con 16 decessi. La profilassi sistematica con il Chinino-Calcio sarebbe quindi riuscita a ridurre di quasi due terzi la morbilità, e di circa tre quarti la mortalità per complicanze polmonari post-operatorie. Risultati veramente brillanti di cui mi son voluto personalmente convincere.

L'azione del Calcio e del Chinino nelle affezioni polmonari acute è molteplice. Il Chinino ha una indubbia azione sugli pneumococchi, pur essendo lontano dal produrre la auspicata sterilizzazione medicamentosa del polmone infetto; inoltre per la sua azione limitante i processi ossidativi e la distruzione delle albumine ha un effetto antitossico ed antiinfettivo. Secondariamente gli viene attribuito un potere eccitante e tonico ed un effetto antitermico.

L'azione del Calcio consiste innanzi tutto nell'inibire l'essudazione sierosa in generale, ed in particolare negli alveoli polmonari, per influenza diretta sulle pareti vasali; secondariamente il Calcio avrebbe azione antiflogistica e antitossica, stimolerebbe la fagocitosi, rinforzerebbe il tono vasale, avrebbe infine azione sedativa sul sistema nervoso centrale. Il trattamento combinato chinino-calcico permetterebbe così di combattere contemporaneamente l'infezione e la tossicosi da una parte, l'essudazione alveolare dall'altra.

Per la profilassi delle complicazioni polmonari ho proceduto molto semplicemente nel modo seguente: la mattina del giorno dell'operazione è stata praticata ad ogni operando una iniezione intramuscolare di 10 cmc. del medicamento prescelto (1); il giorno seguente una seconda iniezione sempre intramuscolare di 10 cc. Solo quando comparivano segni che facevano sospettare l'insorgenza di fatti polmonari si iniettavano ancora il secondo giorno dopo l'operazione altri 10 cc. Con ciò mi sono discostato alquanto dalla tecnica seguita da Ulbrich che inietta per ogni caso sempre 40 cc. di soluzione, praticando sempre due iniezioni il primo giorno dopo l'operazione e sempre una iniezione il secondo giorno; dopo le prime prove queste dosi mi sono sembrate eccessive e i risultati ottenuti mi sembrano confermarlo.

L'azione profilattica del preparato Chinino-calcico è stata studiata nel modo seguente: limitando in genere la mia osservazione agli operati in eteronarcosi, ho tenuto conto esclusivamente dei malati che subivano atti operatori gravi, per la maggior parte interventi addominali; tra questi ultimi però ho compreso anche i pazienti trattati in rachianestesia e in anestesia locale (nel nostro reparto le operazioni sullo stomaco vengono eseguite sempre, ove è possibile, in anestesia locale novocainica). Ho escluso invece gli operati nei quali per la natura e la durata dell'intervento le complicazioni polmonari sono per esperienza concorde una rarità; così per esempio gli operati sugli arti; tra questi ultimi però ho considerato gli inchiodati per frattura di collo di femore, lesione che come è noto si accompagna spesso a complicazioni polmonari.

In due corsie del nostro reparto, una di uomini e una di donne, ho praticato il trattamento profilattico in tutti i malati indistintamente, senza tenere conto di nessun altro fattore, oltre le limitazioni sopradette riguardanti il tipo di intervento e di anestesia. In altre due corsie, ugualmente di uomini e di donne, ho tenuto nota di tutti gli operati, sempre seguendo uguale criterio di scelta. La mia osservazione si è prolungata per sei mesi circa, dai primi di aprile alla metà di ottobre; i malati studiati sono stati 292, dei quali 111 trattati profilatticamente con Chinino-Calcio, 181 osservati per controllo. Tra le complicazioni polmonari ho compreso tutte le forme infiammatorie acute dalle più lievi alle più gravi; ho escluso naturalmente l'embolia, l'infarto, il collasso massivo del polmone.

Nel primo gruppo, comprendente i malati profilattizzati, si sono avute 4 complicazioni polmonari, cioè il 3,6 %, senza nessun caso di morte; nel secondo gruppo comprendente i malati di controllo si sono avute 14 complicazioni polmonari, cioè il 7,7 %, tre delle quali con esito mortale.

Nella tabella seguente riunisco i risultati ottenuti tenendo conto delle età e del sesso dei malati operati.

(1) Il preparato che io ho usato nelle mie ricerche è stato quello già usato da Schöndube e da Ulbrich, il « Chinin-Calcium-Sandoz », che la Casa produttrice « Sandoz » ha voluto mettere gentilmente a mia disposizione. Si tratta di una soluzione di Chinino Gluconato in Calcio Gluconato; ogni fiala da 10 cc. contiene gr. 0,6 di Chinino Gluconato uguale a gr. 0,37 di Chinino base e gr. 1 di Calcio Gluconato.

Tra le complicazioni polmonari avute nei malati non trattati profilatticamente col Chinino-Calcio i tre casi di morte riguardavano: 1) P. Vittorio di anni 36, affetto da ulcera duodenale; in anestesia locale novocainica viene praticata la resezione gastrica (resezione antro-piloro-duodenale, riunione transmesocolica semiorale inferiore); muore in quinta giornata con i segni di polmonite destra. Alla autopsia broncopolmonite confluente destra. — 2) P. Lodovico, anni 63, affetto da epitelioma dello stomaco, resezione gastrica in anestesia locale; muore dopo 4 giorni con i segni di una polmonite destra, confermata all'autopsia; 3) C. Carolina, anni 69, affetta da frattura mediale del collo del femore destro; in rachianestesia si pratica l'inchiodamento sottocutaneo secondo la tecnica del prof. Egidi; in seconda giornata inizia una broncopolmonite bilaterale, morte in ottava giornata, il controllo autoptico manca.

Età	Iº Gruppo (trattati profilatticamente) Numero degli operati			Numero delle complicazioni		
	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale
Dai 12 anni ai 30	10	43	53	—	2	2
Dai 31 anni ai 60	15	38	53	2	—	2
Oltre i 60 anni.	1	4	5	—	—	—
Totale. . .	26	85	**111**	2	2	(1) **4**

(1) Nessun decesso.

Età	IIº Gruppo (di controllo) Numero degli operati			Numero delle complicazioni		
	uomini	donne	totale	uomini	donne	totale
Dai 12 anni ai 30	47	56	103	—	—	—
Dai 31 anni ai 60	40	20	60	5	4	9
Oltre i 60 anni.	16	2	18	4	1	5
Totale. . .	103	78	**181**	9	5	(2) **14**

(2) 3 decessi.

Gli altri 11 casi di complicazioni polmonari riguardano operati per: ernia inguinale (2 volte, in eteronarcotizzati), colecistite cronica (2 volte), ulcera duodenale (3 volte), appendicite acuta (1 volta), occlusione intestinale (1 volta), simpaticectomia lombare (1 volta), ipertrofia della prostata (1 volta). Tranne in due casi in cui si sono avuti segni di bronchite acuta lieve si è sempre trattato di polmoniti o broncopolmoniti gravi, con stato generale fortemente interessato e che metteva in serio pericolo il paziente. Tutti questi malati sono stati curati oltre che con le usuali cure generali, con un preparato a base di chinino.

Nei casi trattati profilatticamente con Chinino-Calcio non abbiamo avuto nessun decesso; solo 4 operati hanno avuto complicazioni; due volte si trattava di bronchite acuta (in una resezione gastrica per ulcera e in una appendicectomia), esauritasi rapidamente in qualche giorno; gli altri due malati hanno presentato i segni clinici di una polmonite. Uno, R. Costantino di anni 52 fu operato di urgenza di ulcera duodenale perforata da 12 ore; iniziato l'intervento in anestesia locale presentò tali segni di insofferenza e irrequietezza che si fu costretti a narcotizzarlo; resezione gastrica con la solita tecnica; in seconda giornata polmonite sinistra che risolvette dopo 5 giorni; uscito guarito 16 giorni dopo l'intervento. L'altro malato, C. Pasquale di anni 50, ebbe pure resezione gastrica per ulcera duodenale in anestesia locale; polmonite sinistra insorta in terza giornata e risolta in settima. Questi 4 ammalati furono trattati oltre che con le cure usuali con iniezioni di « Chinino-Calcio » due volte al giorno 10 cc. intramuscoli, fino a sfebbramento completo.

Nel mio studio ho seguito il metodo che mi sembrava mi mettesse più al sicuro da dati casualmente erronei; più che al genere di anestesia ho dato importanza alla natura dell'intervento, poichè è noto che la frequenza delle complicazioni polmonari è più in rapporto con quest'ultimo fattore che con il primo; stabilito in quale specie di interventi si doveva praticare la profilassi e tenere il controllo dei non profilattizzati, più nessuna scelta di malati è stata praticata, per evitare qualsiasi influenza personale anche involontaria; perciò in nessun modo si è influito sull'età e sul sesso dei malati, nè su eventuali stati predisponenti o favorenti le complicanze polmonari; ma nulla di particolare ho notato in questo riguardo sia nell'uno che nell'altro gruppo.

Il preparato è stato sempre iniettato intramuscoli (nelle masse glutee) perchè mi è parso che il più lento riassorbimento permettesse un'azione prolungata del farmaco, senz'altro preferibile ai nostri fini di prevenzione e non di cura. In nessun caso ho dovuto lamentare disturbi locali; l'iniezione non è affatto dolorosa, il preparato è stato sempre riassorbito perfettamente senza lasciare infiltrazioni; mai

si è avuta formazione di ascessi o flemmoni. La maggior semplicità della via muscolare, che permette di affidare il trattamento al personale di assistenza facendolo rientrare nella preparazione generale che subisce ogni operando, ce la rende ancora più pregevole. Non ho osservato mai disturbi generali; se il trattamento con « Chinin-Calcium » acceleri veramente il ritorno della funzione intestinale, se veramente abbia una manifesta azione sullo stato generale come qualcuno sostiene (Klehmet) non posso affermare.

Per quanto riguarda la prevenzione delle complicazioni polmonari le cifre sono eloquenti; la mortalità ridotta a zero, la morbilità abbassata di oltre la metà nei miei 111 casi hanno un significato che non si può trascurare. Alcuni chirurghi potranno riferire su serie di centinaia di casi operati e decorsi senza complicanze polmonari; ma i miei casi non riguardano tutti gli operati di un grande reparto, bensì tra questi sono stati scelti e considerati solo i casi particolarmente disposti per operazione ed anestesia a dette complicazioni polmonari. Per esempio vi sono comprese 44 resezioni gastriche (20 nel primo e 24 nel secondo gruppo) eseguite per ulcera o neoplasma, alcune delle quali praticate anche in narcosi.

Oltre ai dati statistici ha valore l'osservazione del malato; e posso affermare che i malati trattati profilatticamente con « Chinin-Calcium » in cui sono insorte complicazioni polmonari, non hanno mai presentato sintomi generali allarmanti, cosicchè naturalmente si forma la convinzione dell'utilità del trattamento profilattico.

I miei risultati sono un po' meno favorevoli di quelli riferiti da Ulbrich, che ha visto scendere la morbilità dal 18,6 % al 6,8 %; ciò si comprende considerando la maggiore frequenza delle complicanze polmonari riscontrate nel suo reparto (18,6 %, contro il 7,7 % osservato nel nostro reparto).

Credo quindi di poter concludere che l'uso del chinino-calcio come profilattico delle complicazioni polmonari post-operatorie è pienamente giustificato dai risultati ottenuti, e che in tutti gli interventi in cui il malato corre serio rischio di complicazioni polmonari il suo uso sistematico è ormai doveroso; la semplicità e la innocuità del metodo ne consentono una vasta diffusione.

RIASSUNTO.

L'A. ha sperimentato l' azione profilattica verso le complicazioni polmonari post-operatorie di un preparato chinino-calcico. Su 111 operati così trattati si sono avute 4 complicazioni (3,6 %) senza nessun caso di morte. In un gruppo di controllo di 181 operati si sono avute 14 complicazioni (7,7 %) con 3 decessi. Conclude per l'indubbia efficacia del metodo che per la sua semplicità e innocuità merita la maggiore diffusione.

BIBLIOGRAFIA.

CALISE A. Rivista San. Siciliana, 15, 1936.
CLERICI C. Pensiero Medico, 4, 1935.
KLEHMET F. Zentr. f. Chir., 13, p. 737, 1936.
SCHÖNDUBE W. Klin. Wschr. 13, p. 626, 1934.
ULBRICH E. Zentr. f. Chir., 38, p. 2244, 1936.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE FATEBENEFRATELLI-SORELLE - MILANO
Divis. med. diretta dal dott. prof. C. VALLARDI.

Anguillulosi intestinale e biliare e sondaggio duodenale.

Dott. L. CAMPORESI, assistente.

Sull'esempio di Deschiens e Tallandier che descrivono la presenza di larve rabditoidi di Strongyloides stercoralis nel succo duodenale raccolto col sondaggio, e seguendo in parte la tecnica curativa di J. Piéri e Bouet, riporto un caso di anguillulosi intestinale e biliare, giunto alla nostra osservazione all'ospedale F.B.F.S.

Il caso non comune presenta notevole interesse anche per il probabile meccanismo etiologico.

L. Giovanni, di a. 54, coniugato, piallatore meccanico.

Entra in ospedale il 7 maggio 1938.

Anamnesi famigliare ascendente e collaterale silente.

Sofferse di tifo a 28 anni. A 50 anni fu ricoverato in Sanatorio per 22 mesi, subendo trattamento collassoterapico. A 52 anni ebbe erisipela facciale. Nega lue e mali venerei. Bevitore di vino.

Negli ultimi due anni ha sofferto di forme dolorose addominali accessuali, a tipo di colica epatica.

Da cinque giorni ha rialzo termico elevato remittente con brividi e sudorazioni, dolori vivi all'ipocondrio destro, ittero intenso.

Non vomito, nè disturbi dell'alvo.

Es. obbiettivo. Soggetto normotipo robusto, in discrete condizioni generali.

Stato tossico-settico: ittero cutaneo diffuso e sclerale. Temperatura 39°.

Polso 104 ritmico, valido. Pressione arteriosa: Mx. 160, Mn. 90 al Riva Rocci.

Lingua arida a margini arrossati. Pupille reagenti isocoriche.

Apparato respiratorio: note di sclerosi apicale destra: fatti ipostatici di scarsa entità alle due basi.

Cuore nei limiti: toni impuri, concitati.

Addome meteorico, trattabile, dolente spontaneamente e alla palpazione dell'ipocondrio destro e del punto cistico; il fegato è ingrandito in toto, a superficie liscia, molle poco dolente: si palpa la milza.

Nulla agli arti e al sistema nervoso. Prurito cutaneo insistente.

Nelle urine, brune, acide, con P. S. 1019, si trova un velo di albumina, assenza di sangue, glucosio e acetone, presenza di forte quantità di pigmenti biliari: al microscopio numerosi leucociti in parte disfatti, senza cilindri nè elementi renali.

R. Wassermann e R. Meinicke: negative.

Azotemia: 0,38 ‰.

Leucociti nel sangue periferico: 10.400 per mm³. Formola leucocitaria: neutrof. 52 %; basofili 2; eosinof. 9; linfociti 26; monociti 11.

Reazione di H. van den Bergh: diretta: positiva pronta; indiretta: negativa.

Si istituisce un trattamento con urotropina per via endovenosa, con fleboclisi glucosate e somministrazione di colagoghi.

La temperatura permane elevata remittente per circa una settimana, poi le puntate pomeridiane non superano i 38°, migliora lo stato generale, regredisce l'ittero.

Un esame di feci dà il seguente reperto: feci liquide brune alcaline. Sangue: ++. Stercobilina: presente (stria limite 2 : 40). Al microscopio si riscontrano numerosissime larve rabditiformi di Anguillula stercoralis, vive, mobilissime.

Un esame radiologico del tubo digerente combinato con colecistografia endovenosa, dà reperto di appendicite cronica e colecistite con duodenite. Si pratica allora sistematicamente ogni secondo giorno un sondaggio duodenale, col sondino a pallina mobile di Kunsztler, e nella bile estratta si riscontrano sempre, in numero variabile, le larve rabditiformi di Anguillula sterc. È notevole il fatto che raramente i parassiti si notano liberi ed isolati, ma più spesso appaiono in forma di spirale o di cifra 8, riuniti in agglomerati cilindrici allungati; è supponibile che dette formazioni occupassero rami dei canali biliari, che le larve avrebbero raggiunto risalendo le vie biliari dal duodeno o passando in circolo attraverso la parete intestinale.

Comunque, nei successivi sondaggi (che furono 15 complessivamente), si introdussero vari antielmintici direttamente in duodeno, allo scopo di verificarne l'azione immediata sulle larve.

In tre sondaggi vennero introdotti ogni volta tre grammi di estratto etereo di Felce maschio, ottenendo l'emissione tumultuaria di succo biliare particolarmente oscuro, contenente numerose larve vive e mobili anche dopo qualche ora di contatto con l'antielmintico.

L'introduzione di olio di chenopodio diede lo stesso risultato.

Dopo l'introduzione di timolo (gr. 2 in sospensione gommosa), l'esame del succo biliare dimostrò che le numerose larve avevano ridotto moltissimo i loro movimenti e che molte rimanevano allungate, immobili.

Praticata una cura di timolo per via orale (gr. 4 in compresse, + purga salina) vennero riscontrate nelle feci numerosissime anguillule adulte strongiliformi.

Intanto i sintomi generali ed epatici erano quasi del tutto regrediti (riduzione e poi scomparsa dell'ittero, rischiaramento progressivo delle urine, diminuzione della leucocitosi, sfebbramento).

Per tentare l'eliminazione definitiva dei parassiti dal tubo digerente, si fece una nuova serie di sondaggi duodenali, dieci in tutto, due volte alla settimana, introducendo ogni volta 5 cc. di trementina in 20 cc. di soluzione fisiologica, secondo i dati J. Piéri e Bouet. Il risultato si dimostrò soddisfacente, perchè le larve e le uova diminuirono di numero, sia nella bile che nelle feci, ma non scomparvero del tutto come nel caso descritto dagli autori francesi.

Il malato fu dimesso a sua richiesta dopo due mesi dal ricovero, notevolmente migliorato.

Due mesi dopo il paziente venne nuovamente esaminato, riscontrando uno spiccato miglioramento nello stato generale, ma ancora la presenza di numerose larve di Anguillula nelle feci.

Il caso ora esposto presenta notevole interesse clinico e pratico. L'inizio brusco e febbrile faceva pensare ad una angiocolite infettiva, mentre il reperto delle larve rabditiformi disposte a tappi e cilindri ha messo in luce una etiologia non comune.

Difatti sembra assai verosimile che le larve, risalendo dal duodeno, abbiano occluso dotti biliari di vario calibro: la flora batterica da essi introdotta, resa più attiva dal mancato drenaggio, e il riassorbimento dei prodotti tossici del loro metabolismo, hanno probabilmente determinato il quadro angiocolitico.

Quanto all'azione diretta dei vari antielmintici introdotti in duodeno, meraviglia non poco la scarsa azione del felce maschio e del chenopodio, messi a diretto contatto coi parassiti; più attivo si dimostrò il timolo, in presenza del quale, anche dopo pochi minuti di contatto, le larve riducevano assai i loro movimenti; spesso, sotto il microscopio, si poteva assistere all'azione paralizzante che il timolo esercitava progressivamente sulle larve.

Azione consimile, ma meno immediatamente radicale, si è ottenuta con la trementina: anzi, è mia convinzione che l'attività vermicida sia più intensa nel timolo, a giudicare dagli effetti controllati microscopicamente, e che il successo parziale ottenuto con la trementina sarebbe stato superato col timolo, se se ne fosse continuata l'introduzione sistematica.

Ad ogni modo, l'uso della sonda duodenale per l'introduzione degli antielmintici, in casi simili di infestazione alta dell'intestino da parte di piccoli parassiti, sembra assai utile anche perchè è possibile l'aspirazione di un certo numero di parassiti e perchè il procedimento è di facile attuazione e ben tollerato dai pazienti.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di Anguillulosi dell'alto intestino e delle vie biliari, e riferisce sull'azione di vari antielmintici (specialmente

Timolo e Trementina), introdotti direttamente col sondaggio duodenale.

BIBLIOGRAFIA.

TESTI. *Contributo allo studio dell'Anguillulosi intestinale.* Riv. crit. di Clin. medica, 1904, pagine 84, 101, 117.

RIVA. *Sopra un caso di Anguillulosi intestinale.* Riforma medica, 1891, IV, pag. 306.

F. L. NINO. *Eosinofilia appendicolare locale da anguillulosi.* Semana med., 1, 650-657, marzo 1934.

COSACK e SCHMIDT. *Anguillulosi da strongyloides stercoralis.* Jahrbuch f. Kinderh., 143, 208-214, 1934.

SCHÄFER e LODENKÄMPER. *Malattia intestinale causata da Strong. st., persistente per 20 anni.* Med. Welt., 9, 1241, agosto 1935.

FRACCARI. *Caso di purpura annularis teleangiectodes: etiologia da Anguillulosi intestinale.* Giorn. it. dermat. e sifil., 77, 47-52, febbraio 1936.

DESCHIENS e TALLANDIER. *Présence de larves rhabditoïdes de Strong. sterc. dans le liquide duodénal recueilli par tubage.* Bull. Soc. Path. Exotique, 1925, XVIII, pp. 525-531.

PIÉRI e BOUET. *Ictère par Anguillulose rebelle. Guérison par instillations duodénales de térébenthine colloïdale.* Bull. Soc. Path. Exotique, 1936, 29, 513-516.

F. F. MARTINEZ. *Un caso di Anguillulosi intestinale.* Semana medica, 1933, 39, pag. 950.

SUNTI E RASSEGNE

DISENDOCRINOPATIE.

Sul diabete insipido.

(W. FALTA. *Münch. med. Wochens.*, 16 settembre 1938).

Già da vario tempo si va delineando la dipendenza fra il diabete insipido e l'ipofisi. L'osservazione clinica ha dimostrato che diversi processi nel dominio dell'ipofisi (tumori delle vie ipofisarie, processi luetici, gliomi, encefalite, ecc.) possono provocare un diabete insipido di varia intensità. In tali casi, si poteva parlare di diabete insipido sintomatico. D'altra parte, l'anatomia patologica ha portato all'osservazione dei casi in cui l'ipofisi era del tutto distrutta, mentre in vita non si era avuto mai del diabete insipido; ed altri in cui questo era stato invece intenso ed in cui l'ipofisi era andata incontro ad un processo, distruttivo, ma la parte anteriore era rimasta.

Le osservazioni cliniche sono contrarie alla concezione di un'unica patogenesi del D. I. W. H. Veil ne ha distinto due forme: l'una ipercloremica ed ipoclorurica e l'altra ipocloremica ed iperclorurica. La prima è caratterizzata dal fatto che con la sottrazione di acqua, si ha ugualmente poliuria, con forte concentrazione del sangue e fenomeni di disseccamento; in tale forma, anche con la somministrazione di notevole quantità di acqua l'organismo tende sempre all'iperosmosi del sangue. Nella seconda forma, la concentrazione del sangue si trova in valori normali od iponormali; con le prove di sede, si abbassa pure la diuresi, ma il peso specifico si eleva di poco, la composizione del sangue non si modifica ed il bilancio del cloro rimane normale. Le due forme si distinguono poi anche per il loro diverso comportamento alla pituitrina.

Dagli studi più recenti, si possono dedurre le ipotesi seguenti. Per la regolazione del bilancio dell'acqua, l'ipofisi ha la massima importanza, in quanto che essa produce delle sostanze che agiscono sia favorendo, sia anche ostacolando la diuresi. Il principio diuretico abbisogna di un certo tempo per agire, mentre quello antidiuretico, secreto dal lobo posteriore agisce rapidamente. Le rapide oscillazioni del ricambio dell'acqua sono principalmente regolate ed equilibrate dall'ormone del lobo posteriore ipofisario.

Ma anche altri ormoni influiscono sul ricambio dell'acqua. Da tempo è nota l'azione favorente la diuresi della tiroidina nelle nefrosi; l'azione della tiroide si riflette anche sulle modificazioni della diuresi indotte dalla pituitrina.

In complesso, si può dire che due stati mor-

bosi opposti sono in rapporto con l'ipofisi: 1) il *diabete insipido*, che può aversi per deficienza dell'ormone del lobo posteriore o per eccesso di quello del lobo anteriore; 2) *l'oliguria*, che può essere determinata da condizioni opposte, cioè deficienza dell'ormone del lobo anteriore od eccesso di quello dell'anteriore.

1) La deficienza dell'ormone del lobo posteriore si ha per distruzione di tale lobo, pur senza lesione del diencefalo; p. es., processi metastatici o lesioni di determinati punti del diencefalo che portano all'atrofia del lobo posteriore (encefalite, tumori della base).

Eccesso dell'ormone del lobo anteriore (prediuretina). Ci troviamo qui sopra un terreno malsicuro. Il lieve grado di diabete insipido, che si può trovare nel morbo di Cushing, è stato spiegato con un basofilismo, che sarebbe a sua volta da riportarsi ad una sovraproduzione del principio diuretico da parte della corteccia surrenale. Trattasi, però, di un principio ancora ipotetico e quindi bisogna andar molto cauti prima di ammetterlo. Del resto, non è senza significato che nell'acromegalia non si abbia affatto diabete insipido da lobo anteriore. Forse appartengono a questa categoria quelle forme di D. I. che si manifestano nella gravidanza e che in alcune donne si ripetono ad ogni gravidanza, scomparendo poi col parto.

2) L'oliguria primaria, teoricamente preveduta, si riscontra realmente nella cachessia ipofisaria, quindi nella distruzione del lobo anteriore, da infiammazione, embolia, ecc. Dal punto di vista teoretico, è anche ammissibile che la produzione della prediuretina venga regolata dai centri della regione ipotalamica e che tale produzione sia turbata anche da processi nel diencefalo (oliguria diencefalica).

Per quanto ci appaiano ancora assai complicate tutte queste condizioni ed i relativi rapporti, incominciamo ora a vederci un po' più chiaro in tali problemi. Così, ora comprendiamo che un tumore nella regione ipofisaria possa distruggere il lobo posteriore e determinare un D. I. e che quest'ultimo possa in seguito scomparire quando il tumore si estenda ed arrivi al lobo anteriore. Stemler ha osservato un caso del genere.

Ma le nuove concezioni possono anche offrirci nuovi punti di vista. Già da tempo l'A. ha accennato all'analogia fra D. I. e D. mellito, in rapporto alla rispettiva, diversa sensibilità verso la pituitrina e l'insulina. Come vi sono casi di D. mellito insulino-sensibili e rispettivamente resistenti, così vi sono casi di D. I. sensibili o resistenti alla pituitrina. Ora si è veduto che, nel D. mellito, l'insulino-resistenza è di natura umorale ed è basata su una contro-regolazione, che si osserva già nell'individuo normale, in quanto che nel tentativo di abbassare la glicemia con l'insulina vengono introdotte nel sangue delle contro-sostanze. Nel diabete insulino-resistente, si ha un processo analogo; ma l'apparato di contro-regolazione è straordinariamente sensibile ed incomincia a funzionare ad un livello patologicamente elevato della glicemia.

Analoghe condizioni si trovano nel D. I. per la pituitrina. Vi sono casi che sono assai sensibili a questa sostanza, sicchè ne bastano piccolissime dosi per ridurre alla norma una diuresi abbondantissima, mentre in altri anche con dosi elevate si ottengono degli effetti relativamente scarsi. Si deve quindi pensare alla possibilità che nel determinismo del D. I. intervengano altri fattori, p. es., la troppo facile entrata in azione di un altro ormone di effetto contrario. E, come l'adrenalina, e probabilmente le sostanze del lobo anteriore ipofisario, possono ostacolare l'azione dell'insulina, così può la prediuretina paralizzare l'azione della pituitrina.

Queste considerazioni ci portano a ritenere che nei casi pituitrino-resistenti, non si tratti di insufficienza del lobo posteriore, ma soprattutto di un'iperfunzione di quello anteriore. D'altra parte, è da aspettarsi, in casi di oliguria da distruzione del lobo anteriore, una particolare sensibilità alla pituitrina, ciò che di fatto avviene. Invece non ha ancora ricevuta sufficiente spiegazione il fatto che vi siano casi di D. I. in malattie cerebrali con ipofisi intatta, che sono pituitrino-resistenti. Questo si manifesta nell'encefalite, ed in casi di gliosi o di tumori endocerebrali in prossimità del Tuber cinereum. Non si deve, però, dimenticare che anche in altre parti del cervello come nella regione ipotalamica, vi sono dei centri che agiscono sulla diuresi e forse possono influenzare l'ipofisi.

Terapia.

Nei casi in cui il D. I. è dovuto a mancanza di funzione del lobo posteriore, entra in campo la possibilità di sostituzione dell'ipofisi. Hirsch e Dhemel, in un caso di D. I. consecutivo a traumatismo cranico, hanno ottenuto guarigione durevole con l'impianto di un'ipofisi umana. In un caso analogo, J. Bauer ha ottenuto buoni risultati con la somministrazione di follicolina.

Perno centrale della terapia rimane però sempre la pituitrina, sia in forma di iniezioni, da farsi ogni 8 ore, sia sotto forma di polvere da inspirare con il naso, che dà successi brillanti e duraturi (anche per qualche anno).

fil.

Il ricambio dei lipidi e dei carotinoidi nel diabete insulare.

(G. Monasterio. *Archivio di Patologia e Clinica Medica*, Bologna, novembre 1938).

L'A. ha studiato il comportamento del metabolismo lipidico e dei carotinoidi nel dia-

bete insulare, mediante lo studio comparato dei diversi metabolismi.

L'A. ha potuto osservare come nel diabete insulare che non sia in trattamento insulinico la lipemia a digiuno è aumentata, generalmente in misura modesta. Tale aumento è dato principalmente dai grassi neutri, essendo la colesterinemia normale e solo eccezionalmente aumentata, e la fosfatidemia in genere diminuita, solo in qualche caso normale e per eccezione superiore alla norma. Il lieve aumento della lipemia è dovuto alla aumentata mobilizzazione dei gliceridi dei depositi per una più larga combustione di essi provocata dalla insufficienza insulare: si tratta quindi di una lipemia di trasporto simile a quella che si osserva nel digiuno.

La lipemia visibile sarebbe dovuta, secondo l'A., non solo a deficienza insulare (e ciò è dimostrato dal fatto che essa sovente scompare sotto l'influenza di prolungata cura insulinica), ma anche a cause diverse le quali debbono ricercarsi nel venir meno di altri meccanismi di compenso ancora sconosciuti i quali impediscono l'eccessiva mobilizzazione dei grassi di deposito.

L'A. osserva come non vi è alcun stretto rapporto tra il tasso dei lipidi totali e della colesterina del sangue e la gravità del diabete, sebbene i valori più alti della lipemia siano stati dall'A. stesso riscontrati in due forme di diabete grave. L'A. fa anche rilevare come le alterazioni del ricambio lipidico non procedano sempre parallelamente a quelle del ricambio glicidico nè abbiano rapporto con la condotta della chetonemia.

I lipidi alimentari vengono largamente fissati dai tessuti del diabetico ed in piccola quantità bruciati nel corso della prova con aumento della chetonemia, e provocano di regola un abbassamento notevole della glicemia.

L'A. osserva inoltre come la facilità con cui il diabetico brucia i grassi possa esser messa maggiormente in evidenza dalla prova dell'adrenalina. L'A. ha osservato nei suoi pazienti dopo adrenalina un aumento del ricambio energetico e diminuzione del Q. R.

Il diabetico presenta di regola una spiccata sensibilità allo stimolo adrenalinico, reagisce però ad esso con la combustione prevalente dei lipidi; tale combustione però essendo incompleta, l'aumentato metabolismo lipidico si accompagna ad aumento più o meno notevole della chetonemia.

I glicidi alimentari vengono nel diabetico in parte trasformati in glicogene e bruciati, come è dimostrato dalla diminuzione della lipemia osservata in alcuni casi e dall'abbassamento della chetonemia. L'A. però rileva che il fenomeno della riduzione della lipemia dopo ingestione di glucosio è tutt'altro che costante, e ciò probabilmente in rapporto con la diversa reattività insulare allo stimolo dei glicidi alimentari.

In due casi di diabete grasso studiati dall'A. la condotta del ricambio lipidico si discosta nettamente sia da quella che si osserva nella adiposità patologica sia da quella che si osserva nel diabete insulare.

L'A. osserva come da ricerche eseguite risulti che il metabolismo dei carotinoidi nel diabete mellito è di regola alterato; vi è ipercarotinemia a digiuno ed in qualche caso una avidità dei tessuti cutanei per i carotinoidi. L'A. però afferma che l'ipercarotinemia a digiuno e la xantosi sono indipendenti dalla condotta della lipemia e della gravità del diabete. La patogenesi della xantosi, secondo l'A., va esclusivamente ricercata nell'esaltazione dell'avidità delle cellule cutanee per i carotinoidi indipendentemente dalla quantità di questi presente nel sangue. S. F.

Post-ipofisi ed eclampsia.

(LAMBERT. *Gynéc. et obstétr.*, vol. 37, n. 5, maggio 1938, pag. 359).

Dopo aver ricordato l'ipotesi emessa dal Kustner, dal Seitz e da altri, che attribuisce le intossicazioni gravidiche ad una modificazione patologica delle attività endocrine, l'A. accenna ai lavori di numerosi AA. sulla post-ipofisi e sull'azione vasopressoria ed antidiuretica d'un fattore da essa isolato, la pitressina, del tutto distinta dal fattore oxitocico ipofisario. Nel 1936 l'A. dimostrò che l'irradiazione ipofisaria in donne gravide portatrici di edemi o di nefropatie gravidiche provoca poliuria e che l'azione dei raggi X è tanto più efficace quanto più è turbato il metabolismo dell'acqua. L'A. aveva perciò pensato di dosare la sostanza antidiuretica prima e dopo l'irradiazione, fabbricando l'estratto col metodo di Marx e iniettandolo per via intravenosa in cani a fistola vescicale permanente. In generale l'iniezione intravenosa di 0,01 di unità internazionale (Voegtlin) di pitressina determina nel cane un arresto netto della diuresi. L'A. studiò l'azione antidiuretica di dieci estratti di sangue umano di donne eclamptiche o in stati di preeclampsia o portatrici di edemi, ottenendo i seguenti risultati: 5 risultati negativi (uno di questi con sangue di donna che aveva avuto 10 minuti prima del prelevamento un attacco eclamptico), 1 risultato dubbio, 3 risultati positivi, ed infine l'ultimo positivo al momento del parto, mentre era stato negativo un mese prima quando già la donna presentava notevole ipertensione ed albuminuria.

Di fronte a questi insuccessi l'A. controllò se la pitressina fosse ultrafiltrabile e si fabbricò degli ultrafiltrati di 20 cc. di plasma di cane addizionato con due unità internazionali di pitressina. Ogni cc. d'ultrafiltrato viene a contenere 0,1 unità di pitressina. L'A. diluisce 1 cc. d'ultrafiltrato 10 volte e ne inietta 1 cmc. nel cane per via endovenosa. Con tali

esperienze l'A. ha ottenuto nel cane l'effetto antidiuretico. Forte di questi risultati allora l'A. ha iniettato ultrafiltrati provenienti da sangue di preeclamptiche o di donne gravide con edemi notevoli ottenendo un completo insuccesso, perchè basandosi sul tasso di sostanza antidiuretica contenuto nel sangue secondo Marx, bisogna iniettare grandissime quantità d'ultrafiltrato (20-30 cc.) che determinano nel cane uno stato di shock talora intenso: perdita delle feci, vomito, adinamia per 24 ore. Se questo shock non si produce, la diuresi continua. Ora questi sintomi non possono essere attribuiti agli ormoni post-ipofisari, la cui azione come si sa è limitata nel tempo.

Infine l'A. ha estratto la sostanza antidiuretica con il nuovo metodo di Melville, dal sangue d'una donna eclamptica e con questo estratto ha ottenuto nel cane un arresto manifesto della diuresi senza provocare shock. Dalle esperienze descritte l'A. trae le seguenti conclusioni. È impossibile dimostrare attualmente che l'eclampsia e gli stati pre-eclamptici sono la conseguenza d'un aumento del tasso della sostanza post-ipofisaria nel sangue. I metodi di estrazione sono troppo grossolani e con essi si precipitano delle sostanze, che derivano forse da disintegrazione delle proteine, ma che nulla hanno in comune con l'ormone pituitario. È ancora poco verosimile affermare che l'effetto antidiuretico, che si osserva di frequente nell'eclampsia, sia dovuto all'ormone post-ipofisario piuttosto che alle varie tossine circolanti nel sangue. Dato poi che la quantità di pitressina necessaria a produrre un effetto minimo sulla pressione è 200 volte superiore a quella necessaria per provocare un effetto antidiuretico marcato, ci si può domandare se una concentrazione di tale sostanza, sufficiente ad elevare la tensione sanguigna, potrebbe esistere nel torrente circolatorio senza esercitare effetti pronunciati sulla secrezione urinaria. C. Croci.

ALLERGIA.

Il fenomeno Sanarelli-Shwarzman-Hanger e la sua importanza clinica.

(H. Horster. *Klin. Woschenschr.*, 12 novembre 1938).

Il fenomeno Sanarelli-Shwarzman-Hanger consiste in una violenta reazione locale che viene provocata in tessuti predanneggiati se si iniettano nelle vene di un animale alcune sostanze biologicamente attive. Le condizioni locali che predispongono i tessuti alla reazione devono essere dei danni veri e propri: provocati o direttamente con una iniezione nella pelle (reazione alla regione iniettata) oppure indirettamente con una iniezione endovenosa di microbi che si vanno a fissare secondariamente in determinati organi o tessuti (reazione da parte di tessuti).

Il primo ad osservare tale fenomeno è stato Sanarelli nel 1924 (crediamo perciò che dovrebbe parlarsi di « fenomeno di Sanarelli »). Egli trovò che iniettando nelle vene di un animale una dose non mortale di vibrioni colerici, e 24 ore più tardi un filtrato di culture, si determinano subito dopo la seconda iniezione gravi reazioni emorragiche nelle regioni in cui i vibrioni si localizzano: nell'intestino e nelle glandole mesenteriche. Circa 3 anni dopo Shwarzman trovò che i conigli cui era stato iniettato nella pelle un filtrato di culture batteriche, reagiscono ad una successiva iniezione endovenosa dello stesso o di un diverso filtrato con emorragie e spesso anche necrosi della regione cutanea preiniettata. Quasi nello stesso tempo, Hanger constatò, per mezzo di prove cutanee, che i conigli hanno una allergia spontanea di fronte ai filtrati di vari batteri gram-negativi: la iniezione intracutanea di tali filtrati provoca una reazione acuta infiammatoria. Una iniezione endovenosa dello stesso filtrato, praticata alcune ore dopo, determina processi emorragici e necrotici nella regione cutanea preiniettata.

Simili reazioni primitive alla iniezione intracutanea di filtrati non si osservano nelle cavie. Se però si preparano i filtrati dalla flora naso-faringea degli animali, si ottengono spesso notevoli reazioni primarie, e tipiche necrosi emorragiche in seguito a una successiva iniezione endovenosa.

Tutto questo sembra indicare che la reazione S. S. H. sia dovuta in gran parte a fattori allergici.

Esperienze di vario genere eseguite su animali dimostrano che il danno locale necessario a che si determini una reazione S. S. H. può dipendere anche da una reazione tra antigeni e anticorpi (p. es. del polline). Come pure dimostrano, che le sostanze che iniettate nelle vene scatenano la reazione locale, non sono soltanto batteri o filtrati batterici, ma anche le più diverse specie di complessi antigeni-anticorpi.

Poichè la reazione S. S. H. viene provocata indifferentemente da filtrati batterici, da infezioni o da reazioni tra antigeni e anticorpi, è lecito supporre che l'azione dipenda da un comune substrato che potrebbe essere di natura allergica. E infatti la iniezione endovenosa dei filtrati provoca regolarmente una caduta dei trombociti come avviene nelle reazioni anafilattiche. La iniezione endovenosa di piastrine disfatte non dà però luogo alla reazione S. S. H. che viene invece provocata anche dalla iniezione endovenosa di alcune sostanze inerti come agar, amido, tuche cinese.

La principale caratteristica del fenomeno S. S. H. è la necessaria cooperazione di due fattori che provenienti da differenti vie si vengono ad incontrare ed agire nella parete dei vasi di un tessuto. Il fattore scatenente deve

sempre provenire dalla via ematica, il fattore locale preparante può essere introdotto direttamente ad arte nel tessuto, oppure può pervenire ad esso secondariamente in seguito ad una infezione spontanea o artificiale o per una reazione locale tra antigeni e anticorpi.

Una infezione spontanea con localizzazione in alcuni tessuti o con azione tossica sugli stessi, come pure danni tissurali da reazioni tra antigeni e anticorpi (fattori preparanti) e una susseguente invasione di batteri o di tossine nel sangue (fattori scatenanti), sono condizioni che frequentemente si avverano anche nell'uomo. Così le bacteriemie e le tossiemie sono probabilmente molto più frequenti di quanto si creda: si hanno p. es. delle batteriemie transitorie durante le mestruazioni, dopo le estrazioni di denti o tonsillectomie, e in quasi tutte le malattie infettive. In base ai risultati sperimentali si potrebbero interpretare come risultati di una reazione S. S. H. quegli stati morbosi dell'uomo in cui in seguito ad infezioni (angine, grippe, ecc.) si sviluppano in qualche parte dell'organismo, affezioni locali caratterizzate da emorragie ed eventualmente anche da necrosi: appendiciti, pancreatiti, gastriti con ulcera, e forse anche le reazioni emorragiche intestinali nel tifo. In questa ultima malattia sono stati talvolta osservati fenomeni emorragici in seguito ad iniezioni endovenose di vaccino misto a siero di convalescente. Forse anche la comparsa di ulcerazioni intestinali in seguito ad ustioni cutanee o ad intensa irradiazione solare si può interpretare come fenomeno S.S.H.

P.

Problemi allergici dell'alimentazione in generale e di quella lattea in particolare.

(P. SANGIORGI. *I quaderni dell'allergia*, agosto 1938).

Le ipersensibilità alimentari, che vanno acquistando una parte sempre più importante nel quadro delle ipersensibilità umane, sono dovute alle proteine dei cibi e sono rese possibili, secondo Frugoni, essenzialmente da due elementi:

1) abnorme permeabilità o soluzione di continuo del tubo digerente donde facile ingresso dell'allergene;

2) scarsa efficienza dei poteri digestivi per cui una determinata sostanza alimentare penetra nell'organismo prima delle necessarie alterazioni e disintegrazioni; prima, quindi, di aver perduto la propria funzione antigene.

L'ipersensibilità verso talune sostanze alimentari (fragole, crostacei, uova, ecc.) è nota anche ai profani; l'A. però richiama l'attenzione sulla ipersensibilità al latte, in rapporto all'importanza che questo alimento riveste in tutte le età della vita e tanto più che, nell'elenco degli alimenti come causa di sindromi allergiche, il latte e le uova passano in prima linea quando si tratti di bambini.

L'A. ha eseguito una serie di osservazioni cliniche, in questo campo, fra i fanciulli lombardi dal 1930 ad oggi ed ha osservato che molte manifestazioni morbose da essi presentate erano da mettersi in rapporto con una ipersensibilità al latte. Clinicamente tale ipersensibilità al latte si estrinseca con nausea, vomiti, orticaria, dolori addominali, diarrea, emicrania, asma e coriza; l'A. richiama l'attenzione sulla ripugnanza che alcuni bambini presentano per il latte e ritiene che ciò sia da ritenersi come un segno di natura difensiva. Ma poichè il latte è un cibo troppo perfetto perchè sia possibile escluderlo completamente dall'alimentazione dei fanciulli, l'A. incoraggia la creazione di un latte anallergico, privo, cioè, di quei fattori che possono indurre le anzidette sindromi di ipersensibilità, pur senza nulla togliere del potere nutritivo del latte di mucca. La qual cosa è possibile, come è stato dimostrato, sottoponendo il latte a particolari trattamenti che agiscono sul gruppo delle proteine che vengono a perdere così il loro potere nocivo.

F. TOSTI.

MISCELLANEA.

Sinergia funzionale e asinergia funzionale.

(W. FIESSINGER. *Journ. des Praticiens*, 19 novembre 1938).

La fisiologia normale è tutta basata sui fenomeni di sinergia funzionale, perchè tutte le funzioni di un medesimo gruppo fisiologico sono unite le une alle altre e si associano, si trascinano o si compensano.

Le sinergie più interessanti sono quelle endocrine.

Vediamo, per esempio, la costante glicemica. È abbassata dall'insulina pancreatica, la cui secrezione è determinata dalla stessa glicemia direttamente, e, indirettamente, dalla secretina duodenale, dall'ormone paratiroideo, della tiroxina, dalla pancreatostimulina del lobo anteriore ipofisario e dall'ormone pancreatropo del lobo posteriore della stessa ghiandola. Inoltre essa è regolata dall'influenza nervosa, è elevata dall'adrenalina surrenale che a sua volta è in correlazione colla corteccia surrenale, colla tiroxina tiroidea e colla medullostimolina anteipofisaria.

L'equilibrio organico è un fenomeno di bilancia; l'alterazione di un solo organo dei tanti preposti ad una funzione dà la deficienza globale.

L'A. in collaborazione col Walter ha studiato la patologia epatica dal punto di vista delle sinergie ed ha potuto notare la costanza dell'asinergia ma con notevole varietà nel suo quadro. Così egli ha veduto nelle intossicazio-

Terapia moderna coi preparati organici dello zolfo

Il successo ed il valore dei moderni medicamenti solfamidici sono dimostrati dagli sforzi tenaci ed ininterrotti dei chimici e dei laboratori più importanti del mondo, intesi a creare e ad individuare la forma chimica particolare che assicuri ai singoli preparati il massimo di attività ed il minimo di tossicità, dall'enorme letteratura che si è accumulata per studiarne l'efficacia non solo nelle forme infettive più comuni e diffuse, nelle quali essi erano stati dapprima saggiati, ma anche per indicarne autorevolmente l'opportunità di impiego, in altre contingenze morbose, più rare e più gravi, nelle quali gli agenti infettivi dominano incontrastati, vincendo purtroppo il più delle volte la terribile battaglia; ed infine dal moltiplicarsi delle ricerche scientifiche volte a gettar luce sull'avvincente ed ancora non definitivamente sciolto problema del loro meccanismo d'azione.

È bene togliere fin dall'inizio ai medici ancora titubanti le incertezze ed i timori sugli effetti collaterali che accompagnano l'attività terapeutica della paraaminofenilsulfamide, facendo loro presente che, con la graduale formazione di criteri posologici ben determinati da ampie statistiche per ogni forma morbosa assieme al diffondersi dell'abitudine di un più rigoroso controllo medico, al quale è *obbligatorio* sottoporre i malati che vengono curati con un medicamento di cospicua intensità di azione, quale è la paraaminofenilsulfamide, le già rarissime, ma gravi conseguenze apparentemente insorte dopo uso di preparati sulfamidici, come l'agranulocitosi, le anemie acute emolitiche ed ultimamente l'azoospermia (nei gonorroici) sono divenute alcune addirittura eccezionali e sempre contenute entro limiti di gravità tali da potersi loro vittoriosamente opporre; alcune altre altrettanto sporadiche (l'azoospermia) rettamente interpretate, sono state valutate come fenomeni di tossici, assolutamente passeggeri e correggibili con la semplice interruzione della cura.

Unica relativa controindicazione, che tuttavia *non* vuol significare *assoluta impossibilità* a condurre la cura, ma semplicemente indica l'*assoluta necessità* di una somministrazione assai acuta, sono le condizioni di *grave insufficienza epatica* o renale e stati di anemia preesistenti.

In Italia quale primo prodotto nazionale prototipo dei chemioterapici solfamidici fu ottenuto lo Streptosil. In questo preparato si è cercato di ottenere con le massime caratteristiche di purezza la sostanza attiva, e nello stesso tempo si è cercato di dotare il preparato di caratteristiche tali da renderlo un tipo « speciale » di paraaminofenilsulfamide, da non confondersi con altri prodotti della medesima sostanza semplici o derivati. Le singolari varianti apportate alla sua fabbricazione non tolgono allo « Streptosil De Angeli » la caratteristica chimica fondamentale; quella di essere un preparato di paraaminofenilsulfamide *semplice*, che è il nucleo chimico veramente attivo dei primi prodotti chemioterapici azoici, alcuni dei quali fabbricati all'estero, ancora in uso.

Altre modificazioni nella struttura chimica della originaria solfamide diverse dalla diazotazione, quali l'introduzione di un gruppo solforico, benzilico, ecc., non sono state giudicate dalla critica obbiettiva, seguita ad un periodo di curiosità sperimentale molto accesa, apportatrici di quel perfezionamento sperato, sia per la tolleranza ed ancor più per l'intensità di azione.

All'esperienza del mondo medico europeo, che comprova questa affermazione, si uniscono le concordanti innumerevoli attestazioni in proposito della stampa medica americana.

Le notizie sull'impiego medico dello Streptosil in svariate forme infettive nelle quali esso costituisce una validissima arma terapeutica, che va sempre di più assumendo il carattere di aiuto indispensabile dell'opera del medico, serviranno nel migliore dei modi a dare una idea dell'importanza e dell'estensione raggiunta dalla terapia streptosilica nel momento attuale.

Indicazioni.

I. Infezioni streptococciche.

a) *Erisipele.* — È questa una delle manifestazioni morbose ad agente eziologico ben noto, nella quale insieme con l'infezione gonococcica (v. oltre) lo Streptosil ha raggiunto i più brillanti risultati, conferendo al corso della malattia una evoluzione favorevolissima; abbreviazione della durata dell'infezione, ra-

pida defervescenza susseguente all'inizio della terapia streptosilica, arresto nella diffusione delle chiazze eresipelatose, rapido sollievo dei fenomeni tossi-infettivi. Le recidive vengono finalmente debellate e la prognosi generale è immensamente migliorata, anche nei *lattanti* dove la eresipela assumeva frequentissimamente gravità irrimediabile.

È bene associare l'uso orale dello Streptosil, 3-4 fino a 6 compresse al giorno, 2 per volta, all'introduzione parenterica di 1-2 fiale da 5 cc. e nei casi gravi 1-2 da 10 cc.

b) *Sepsi puerperali e chirurgiche strepto e stafilococciche* (flemmoni, foruncoli, fratture esposte infette, osteomieliti, fistole suppuranti, ecc.). — In queste la terapia streptosilica si dimostra veramente utile, tanto a scopo profilattico che curativo. In seguito ai larghi controlli fatti in Italia e all'estero lo Streptosil è entrato nell'uso di molte Cliniche ostetriche italiane.

Posologia nel trattamento profilattico: 4-5 compresse al giorno, oppure 2 fiale da 5 cc. od una fiala da 10 cc. endovena.

Nel trattamento curativo: 5-8 compresse al giorno, diminuendo gradatamente la dose dopo la dose massima (II-III giorno: 1-2 fiale da 5 cc. ogni 4-5 ore o 1 fiala da 10 cc. Nei casi assai gravi le dosi per via parenterica possono essere senza tema raddoppiate.

c) *Pleuriti purulente da streptococchi e ulcere serpiginose croniche della cute.* — Si citano casi di pleuriti essudative purulente, portati alla Société de Pédiatrie di Parigi il 5 luglio 1938, guariti senza intervento chirurgico associando la terapia orale e parenterica all'introduzione intrapleurale di una soluzione di paraaminofenilsulfamide, previa aspirazione dell'essudato. Questo non si riforma e si ottiene una guarigione completa clinica e radiologica.

Altri casi sono stati guariti con la sola terapia orale. La posologia varia necessariamente da caso a caso.

Le ulcerazioni croniche della cute guariscono rapidamente in poco più di un mese, associando ad un trattamento locale con pomate all'acido borico, la somministrazione orale di 1 fino a 3-4 g. giornalieri di solfanilamide.

d) *Meningiti.* — L'impiego dei preparati solfamidici nella cura delle meningiti streptococciche ha abbassato la mortalità che prima dell'impiego di tale terapia toccava il 95 % dei casi, secondo alcune statistiche del 70 %; essa ora si aggirerebbe quindi sul 25-30 % dei casi.

La terapia streptosilica, associata a tutti gli altri mezzi terapeutici (sieroterapia, drenaggio del liquor, ecc.) può essere condotta per *via orale* (8-10 compresse in 2 riprese a poche ore di distanza); per via *endorachidea* (introduzione di Streptosil iniettabile 1 % fino a raggiungere una concentrazione nel liquor di 25-30 cg. %; *per via endovenosa* (2 fiale da 5 cc., 1-2 da 10 cc.) ad integrazione delle altre.

I risultati ottenuti con analoga terapia nelle *m. meningococciche* sono ugualmente brillanti ed anche la prognosi di questo tipo di affezione, già di per sè meno nefasta, è di gran lunga migliorata.

e) *Infezioni del cavo orale - Angine - Tonsilliti - Angina di Ludwig - Piorrea alveolare.* — La terapia streptococcica trova ragione di applicazione in queste affezioni nelle quali lo streptococco è, se non l'unico germe determinante, sempre partecipe delle associazioni microbiche che le determinano. L'unica affezione che non viene vinta è l'angina necrotica di Plaut-Vincent. È stata notata, dopo cura con paraaminofenilsulfamide, la sterilizzazione del secreto alveolare nei casi di piorrea. La posologia deve essere in tali casi adeguata dal medico alla gravità e alla ostinazione della forma morbosa in osservazione.

f) *Scarlattina.* — Nessuna specie di streptococco è l'agente specifico dell'infezione scarlattinosa, ma gli streptococchi provocano per lo più le complicanze che insorgono nel corso della malattia.

L'efficacia della cura con lo Streptosil è dimostrata dalla minor durata del periodo febbrile e dalla più rapida scomparsa degli essudati tonsillari. La glomerulo-nefrite secondaria, non controindica la cura streptosilica, ma se la somministrazione è fatta con cautela, si osserva un rapidissimo miglioramento della insufficienza renale. Posologia: gr. 1,20 per via orale; gr. 0,10 (2 fiale da 5 cc.) per via parenterale.

II. Infezioni da pneumococco - Influenze.

a) *Polmoniti - Broncopolmoniti.* — In una relazione recentemente riportata dalla *Minerva Medica* si riconosceva che un prezioso ausilio alla cura delle polmoniti veniva offerto dai preparati solfamidici.

La *polmonite lobare* classica, con reperto positivo del diplococco di Fränkel nell'espettorato, è uno dei campi nei quali l'efficacia dei preparati è ancora oggetto di vasti esperimenti, dei quali cominciano a giungere risultati assai lusinghieri, sottolineati dall'esito di alcune ricerche sperimentali, le quali mettono in luce l'effetto tossico esercitato da alcuni preparati solfamidici su varii ceppi di pneumococchi, e il forte aumento dell'azione batteriostatica propria di un siero antipneumococcico addizionato di una piccola quantità di solfanilamide.

Passando al campo pratico, da ciò che si è detto si dovrebbe dedurre la possibilità di ottenere ottimi risultati nella cura delle polmoniti associando il trattamento sierologico al trattamento chemioterapico con Streptosil.

Più chiari sono i risultati che si osservano in seguito alla cura streptosilica nei casi di

broncopolmonite. Questa è il più delle volte conseguente a bronchite od a lievi affezioni catarrali delle prime vie respiratorie. Sono le così dette *forme influenzali;* esse rappresentano piuttosto che un'affezione primitiva, la complicanza di precedenti affezioni rinofaringee e bronchiali, e sono determinate dall'aggressione in via discendente del parenchima polmonare da parte del germe. L'esame batteriologico dello sputo dimostra la *costante* e per lo più prevalente presenza dello streptococco, associato allo stafilococco, al pneumococco ed al bacillo di Friedlaender.

Lo Streptosil aiuta e solleva notevolissimamente questi malati, risolvendone rapidamente i focolai polmonari e migliorandone lo stato generale.

Nella terapia delle affezioni polmonari con lo Streptosil si procuri di mantenere una buona ossigenazione del sangue.

b) *Manifestazioni influenzali varie.* — Vogliamo intendere qui le algie influenzali diffuse ai muscoli, alle ossa, alle articolazioni, spossatezza generale, leggeri fatti catarrali delle prime vie respiratorie, cefalee ostinate, disturbi tutti che molte volte si aggravano per la più seria compromissione delle vie respiratorie; l'importanza da attribuirsi in questi casi allo streptococco, associato ad altri germi (pneumo-stafilococco) è stata più sopra illustrata sottolineando l'efficacia particolare esercitata dallo Streptosil.

Ma assai frequenti sono le spesso assai gravi e tenaci *nevralgie* influenzali, provocate forse più dalle tossine proprie del germe che dal germe infettivo stesso, qualunque esso sia, localizzate in quei settori specialmente soggetti a maggiore sforzo e lavoro (nevralgie del trigemino, sciatiche, e quella singolare del plesso brachiale destro, in tal caso primaria e non secondaria a traumi, lesioni vertebrali, ecc.).

Caratteristiche di queste forme sono i dolori a tipo parossistico esacerbanti col movimento e la pressione sui tronchi nervosi, assenza di sintomi oggettivi, resistenza a qualunque analgesico, mentre cedono talvolta ai preparati salicilici che costituivano finora i soli mezzi terapeutici. Vogliamo ricordare al medico pratico che la nuova terapia streptosilica ha dato in questi ultimi tempi risultati veramente ottimi nella cura delle influenze generiche e molto spesso pronto e definitivo sollievo in alcune forme particolari benchè assai frequenti, quali le nevralgie più sopra ricordate.

c) Nelle *meningiti pneumococciche,* si sono ottenuti dal trattamento chemioterapico con sulfanilamide secondo le modalità già descritte per le meningiti di diversa eziologia risultati che, considerata la estrema gravità dell'affezione, costituiscono per sè stessi interessante risultato.

III. INFEZIONI GONOCOCCICHE.

Il successo raccolto dalla cura streptosilica nella cura delle forme infettive gonococciche è pari se non superiore a quello ottenuto nella terapia delle infezioni streptococciche. Anche qui si ottengono un'abbreviazione del periodo acuto della malattia, la prevenzione della diffusione dell'infezione (orchiti, epididimiti, e nella donna annessiti, metriti. L'accelerata guarigione delle forme croniche, la disinfezione dei focolai profondi di gonococchi, costituiscono i tratti principali della benefica azione dello Streptosil.

Esso diminuisce la frequenza con cui insorgono complicazioni secondarie (reumatismi-endocarditi), poichè circolando nel sangue combatte validamente la batteriemia, causa delle suddette complicazioni, facile a prodursi per il tropismo dei gonococchi verso i tessuti profondi, dai quali passano nel sangue.

Sempre raccomandando di praticare il classico trattamento locale in tutte le affezioni gonococciche e ricordando che la cura streptosilica non controindica il contemporaneo impiego di vaccini, indichiamo come più efficace e più tollerata la seguente posologia: 8-10 compresse per i primi 4 giorni, 6-8 compresse in seguito fino a guarigione, avendo cura di intercalare un periodo o di sospensione di 5-6 giorni dopo la seconda settimana di cura; 1-2 fiale da 5 cc. o 1 da 10 per via parenterica contemporaneamente.

Alcuni specialisti ritraggono maggiori effetti iniziando la cura streptosilica dopo 8 giorni di malattia.

IV. Nelle *Infezioni settiche delle vie urinarie* determinate da b. coli, nelle pieliti delle gravide, nelle cistiti e pielocistiti di diversa eziologia, lo Streptosil porta ad una rapida scomparsa della batteriuria, diminuzione fino a cessazione dell'eliminazione del mucopus e netto miglioramento dei sintomi soggettivi: bruciore, pollachiuria, tenesmo, dolori. Anche la febbre, se coesisteva, presenta remissione.

V. Chiuderemo questa rassegna con l'annuncio che anche in molti casi di *febbre melitense*, ed in alcuni di tifo, ed in altre malattie veneree oltre la blenorragia (ulcera molle, linfogranuloma venoso) lo Streptosil si è dimostrato notevolmente efficace, lasciando sperare che altri campi di applicazione possano venire aperti a questa cura con sicura fiducia di successo.

ni da Mytulus edulis che in alcuni si ha vomito e diarrea e in altri, che pure hanno consumato lo stesso pasto, si ha ittero dopo alcuni giorni. Quindi il soggetto normale oppone una resistenza funzionale all'aggressione morbosa secondo le proprie sensibilità e le proprie deficenze funzionali.

L'A. ha richiamato l'attenzione sulla fragilità viscerale che può derivare da una lesione precedente e alla quale ha dato il nome di catafilassi epatica. Rapidamente però, per effetto di questa catafilassi, la deficienza funzionale diventa globale e l'asinergia funzionale scompare per lasciare il posto ad una sinergia, sia pure patologica.

C'è una differenza fra la patologia sperimentale e quella umana, perchè quella umana ha manifestazioni di superficie (appunto nella fase asinergica) che sono meno evidenti negli animali.

L'asinergia funzionale non è solo il risultatato di una deficienza funzionale; può anche essere in rapporto con un'iperfunzione. Questa si ha specialmente nelle malattie delle glandole endocrine: iperplasia anteipofisaria dell'acromegalia o della m. di Cushing, iperplasi o midollo-surrenale dell'ipertensione parossistica o corticosurrenale del virulismo con insulismo.

Secondo l'A. di fronte ad un'aggressione le cellule resistono funzionalmente e si ha da un lato un'asinergia funzionale a cui fa riscontro un'asimmetria morfologica.

Le prove funzionali hanno importanza nel decorso delle malattie per stabilire la potenzialità di resistenza del malato, perchè quanto più è grave la malattia tanto più è compromessa la capacità funzionale.

Lus.

Le recenti applicazioni terapeutiche della fisicopiressia.

(A. Bessmans. *Bruxelles-Médical*, 23 ottobre 1938).

La fisicopiressia da sola o associata alla chemioterapia può guarire o migliorare una serie di affezioni, come la sifilide, la blenorragia, la corea e l'asma, contro le quali la medicina era insufficientemente armata. Questa nuova terapia richiede impianti tali che la rendono praticabile per il momento solo in ospedali e cliniche.

I principali metodi fisicopiretici utilizzano tre fattori: *l'aria calda umidificata, i raggi calorifici, le correnti alternate.*

L'aria calda umidificata o condizionata si ottiene con speciali apparecchi nei quali sono opportunamente regolati la velocità, la temperatura e lo stato igrometrico dell'aria. L'apparecchio in uso attualmente per tale scopo e l'« iperterm » di Kettering di già adoperato in una ventina di centri clinici d'America o di cui si ha qualche esemplare in Europa.

I *raggi calorifici* si ottengono dalle comuni lampade elettriche a filo incandescente che circondano l'infermo, testa esclusa, nell'interno di un'adatta cabina. Questi raggi si trovano nell'infrarosso e possono ottenersi anche sotto la forma di calore oscuro emanante da uno strato di gomma che contiene una resistenza elettrica (sistema di Osborne).

Le *correnti elettriche alternate* ad alta ed altissima frequenza, costituiscono l'elettropiressia diatermica ad onde lunghe, corte ed ultracorte, che creano un campo elettrico semplice e rispettivamente elettromagnetico.

La *diapiressia ad onde corte ed ultra corte*, dette anche *elettrica semplice*, si ottiene a mezzo di due grandi elettrodi situati non a contatto ma in prossimità del paziente, che è protetto dal raffreddamento mediante coperte o nell'interno di una cabina lungo la quale si trovano i due elettrodi sopra e sotto l'infermo (« radiotherm di Hinsie e Blalock »). Nell'apparecchio di Halphen e Auclair di Parigi gli elettrodi si trovano sul medesimo piano sotto il letto.

L'*inductopiressia* invece utilizza le onde corte *elettromagnetiche.* La corrente attraversa uno strato di tessuto pieghevole che può essere disteso sul letto, avvolto intorno al corpo o meglio posto sotto il materazzo nell'interno di una cabina protettrice nella quale il paziente può muoversi liberamente. Con quest'ultimo sistema si può condizionare l'aria come nell'ipertherm. La combinazione dei due sistemi (calore penetrante e calore esterno) dà i migliori effetti.

La fisicopiressia è stata adoperata nelle seguenti affezioni: sifilide, sclerosi a placche, gonococcica, corea, asma, affezioni reumatiche, sindromi dolorose radicolari e nevralgiche, pulmonite e malattie vasali periferiche.

I migliori risultati si sono ottenuti nella sifilide in tutte le sue fasi e manifestazioni, ma sopra tutto nella neurosifilide.

La fisicopiressia tende a sostituire la terapia infettiva e specialmente quella malarica della paralisi progressiva. Ha il vantaggio di essere sempre disponibile; di permettere la graduazione della durata e della quantità del calore; di consentire l'associazione simultanea di qualsiasi chemioterapia; di evitare l'introduzione di altri germi nell'organismo; di essere meno pericolosa.

Secondo le più recenti statistiche la mortalità con la malarioterapia oscilla fra il 10 ed il 30 %, mentre con la fisicopiressia si riduce sempre più con il perfezionarsi della tecnica, tanto che ora è insignificante. Con la malarioterapia si ha rispettivamente il 21 e il 22 % di guarigioni e di miglioramenti, e con la piressia fisica il 27 e il 36 %.

Nella tabe dorsale con la chemio- e la malarioterapia si ha un miglioramento nella metà circa dei casi trattati, mentre con la fisicopiressia associata alla chemioterapia si ha un

netto miglioramento delle crisi e dei dolori nel 66 % dei casi.

I risultati ottenuti nella sclerosi a placche sono poco incoraggianti.

Viceversa nella gonococcia si hanno notevoli successi. Tutti gli esperimentatori sono d'accordo nell'affermare che tutte le manifestazioni della blenorragia guariscono nella grande maggioranza dei casi non solo dal punto di vista clinico, ma anche con la completa scomparsa del germe. In genere bastano 4 o 5 sedute con temperatura rettale di 41°-41°5, della durata di 5-7 ore, con intervalli di 3-5 giorni. Certo l'introduzione in terapia della sulfanilamide e di altri prodotti similari ha fatto impallidire la fisicopiressia antigonococcica, che tuttavia rimane sempre un'ottima risorsa nei casi refrattari.

Sono state segnate rapide guarigioni di meningococcie croniche ribelli.

Nella corea si sono avute fin al 77 % di guarigioni e al 17 % di miglioramenti.

Il meccanismo d'azione della fisicopiressia è complesso. Talvolta l'agente patogeno è attaccato direttamente, talaltra sono esaltate le difese normali ed immunitarie dell'organismo. In genere le reazioni fisiopatologiche biochimiche s'intensificano (i depositi calcarei delle borsiti, ad es., si solubilizzano e si riassorbono) e gli effetti farmacodinamici si accentuano.

La fisicopiressia richiede cure minuziose, servizio ospedaliero, infermieri specializzati, controllo medico permanente.

Costituiscono controindicazioni la gangrena, le affezioni gravi del cuore e dei reni, l'arteriosclerosi avanzata, la tubercolosi polmonare, il diabete. DR.

La cura delle asfissie.

(M. G. VAJA. *Gazette des hôpitaux*, 8 ottobre 1938).

Asfissia significa assenza della respirazione, considerata dal punto di vista degli scambi gassosi. Può essere provocata da: disturbo della ventilazione polmonare; disturbo della circolazione; alterazione del sangue. Il disturbo della ventilazione polmonare può essere prodotto da cause multiple: obliterazione delle vie aeree superiori; obliterazione delle vie aeree inferiori; bronco costrizione; compressione del polmone; aria confinata; inibizione del centro bulbare, sommersione (obliterazione più inibizione). I disturbi della piccola circolazione posono prodursi nel corso di affezioni cardiache, o per embolie della polmonare.

L'alterazione del sangue si produce il più spesso sotto l'azione del CO che si combina con l'emoglobina (gas illuminante, gas da riscaldamenti). L'asfissia può anche essere determinata da depressione barometrica; male delle altitudini. Nei gas bellici l'asfissia si produce per meccanismi multipli e diversi.

Dal punto di vista meccanico i disturbi riscontrati nell'asfissia sono:

respiratori: accelerazione del ritmo, aumento dell'ampiezza respiratoria;

cardiaci: bradicardia ed ipertensione arteriosa;

biochimici: acidosi scompensata, ipercalcemia, fosfatemia, glicemia, uricemia, colesterinemia;

ematologicamente: poliglobulia.

Terapia: anzitutto causale. Evacuazione di un versamento troppo abbondante, tracheotomia, estrazione di corpi estranei, salasso, tonicardiaci, ecc.

Sintomatologicamente: differente secondo la fase nella quale si trova l'asfissia; se con i movimenti respiratori spontanei persistenti od arrestati. Se persistono: ossigenoterapia, migliore è il carbogene (ossigeno più il 5 % di CO^2) amministrato sotto una maschera (specie per i bambini). Utilizzare la via rettale o sottocutanea ad es. negli annegati, ove la schiuma che inonda l'albero respiratorio impedisce l'assorbimento. Specialmente è indicato il carbogene nelle asfissie in corso di rachianestesia o di anestesia generale.

Affinchè al miglioramento qualitativo dell'aria respirata si possa aggiungere un miglioramento quantitativo, alcuni autori aggiungono bronco-dilatatori, come la belladonna, l'adrenalina, l'efedrina.

Il salasso nella cura delle asfissie dell'asistolia o dell'edema polmonare acuto, è una terapia di prim'ordine: malgrado le grandi opposizioni fatte a questa pratica i buoni risultati cui il salasso dà luogo, hanno fatto sì che il metodo fosse senz'altro accettato: è bene farlo seguire da una iniezione di olio canforato.

In casi di asfissia con paziente che non respiri più, provocare la comparsa dei movimenti respiratori con la respirazione artificiale: preferire il metodo di Schäffer od il metodo di Jellinek, od uno dei tanti mezzi meccanici. Oltre che con la respirazione artificiale si ecciterà il centro respiratorio bulbare, per via riflessa: frizioni energiche, specie agli arti, flagellazioni umide sul torace; respirazione di sostanze ad odorare forte: etere solforico, ammoniaca, aceto, ecc. Gli asfissiati, specialmente gli annegati, hanno tendenza naturale a raffreddarsi, pertanto riscaldarli, specialmente sulla regione posteriore della testa e della nuca.

Fra le sostanze farmacologiche capaci di eccitare il centro respiratorio, la più attiva sembra essere la lobelina, specie negli annegati, ottimi sono la coramina (azione sulle zone riflessogene sinocarotidee e centri bulbari), il cardiazol. La sparteina aumenta la frequenza e l'ampiezza dei movimenti respiratori, così la caffeina. Gli americani hanno consigliato il bleu di metilene intravenoso.

Una cosa è importante: ogni terapia deve essere applicata nel luogo stesso dell'accidente e non arrestarsi che molto tardi nella respirazione artificiale quando non si vedono i primi movimenti.

La terapia delle asfissie soffocanti da gas bellici esclude la respirazione artificiale e la carbogenoterapia. MONTELEONE.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

A. CIMINATA. *Atlante di tecnica delle operazioni Chirurgiche ad uso dei Medici e degli Studenti.* Vol. II., Edit. U. Hoepli, Milano 1938. L. 120.

Con ritmo e precisione fascista il prof. Ciminata ci ha dato il secondo volume della sua pregevolissima opera, della quale ci siamo occupati in occasione della pubblicazione del 1° volume (v. « Policlinico », n. 51, Sez. Prat., 1937) dicendone tutto il bene che meritava e che oggi, con maggior vigore riaffermiamo.

Gli argomenti trattati in questo magnifico volume di 470 pagine con 563 disegni e fotografie originali, eseguiti in sala operatoria e sei tavole a colori fuori testo, riguardano la chirurgia del collo, arti, torace, genitali esterni, ano, retto, simpatico addominale, mastoide, ernia ombelicale, laparocele, echinococco del fegato, trasfusione del sangue puro.

Nella chirurgia del collo occupa il primo posto il *gozzo* (struma) con la escissione unilaterale (operazione di Kocher). L'A. ci guida dal caso semplice a quelli più complicati, con aderenze tenaci, con compressione, con deviazione della trachea, ecc.

A traverso una perfetta successione, come in una cinematografia, vediamo superare le difficoltà e compiere il gravissimo intervento con tale semplicità e sicurezza da incoraggiare il più timido operatore.

Dopo una incisiva illustrazione della *enucleo-resezione* (operazione di Porta) e l'esposizione di alcuni esemplari di *gozzo Basedowiano*, saviamente commentati, il C. passa alla *resezione* bilaterale (operazione di Mikulicz) chiudendo il capitolo con la enumerazione dei pericoli e delle complicazioni di queste operazioni.

L'*adenoflemmone sottomascellare*, l'*ascesso delle linfoghiandole occipitali*, l'*antrace della nuca*, la *linfoadenite tubercolare cervicale*, dan modo all'A. di venire alla chirurgia d'ogni giorno, a quella chirurgia che per la sua frequenza interessa tutti e che pertanto deve essere praticata con sicurezza e precisione somma.

Capitolo molto importante è quello della *gangliectomia* e *simpaticectomia cervicale*, cui seguono quello sulla *metastasi carcinomatosa sottomascellare* e l'altro sulle *cisti dermoidi sottolinguali* e *sul torcicollo*, dopo i quali l'A. risale alla chirurgia più alta e più grave, con la *laringectomia totale*, la quale gli dà l'opportunità di ricordare il processo geniale del nostro *Durante* con la sua plastica cutanea faringo-esofagea.

Il capitolo sulla *tracheotomia* merita particolare menzione pel modo col quale guida a superare le speciali contingenze nelle quali l'operazione si svolge.

Il Ciminata, che esercita in uno dei maggiori centri industriali si occupa con grande competenza e col più vivo interessamento delle lesioni delle mani (*flemmone, patereccio*, ecc.) nelle quali il chirurgo deve aver di mira il ripristino funzionale ed il lavoro specifico dell'operaio.

Il capitolo sulle *varici degli arti inferiori*, *sulle fratture* e l'*applicazione di apparecchi gessati*, sui *varî metodi di trazione*, sulle *sinoviti* e *borsiti*, sulla *osteosintesi del femore* attirano meritevolmente l'attenzione più viva dello studioso.

La carcinosi mammaria, la toracoplastica, la chirurgia dei genitali, dell'ano, del retto, del simpatico addominale, dell'echinococco, del fegato, danno all'A. occasione di scrivere capitoli densi di esperienza e di dottrina e non ci è possibile darne neppure un cenno sommario.

Chi leggerà queste aride righe farà bene, anzi farà meglio a consultare il volume e siamo certi che lo acquisterà, per poco che abbia l'animo chirurgico. Il libro è così avvincente, dà una così tranquilla sicurezza, è così splendidamente edito che non può mancare nello scaffale preferito del chirurgo.

T. FERRETTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

I. SCALONE. *Lesioni del cervello e cervelletto e localizzazioni cerebrali.* Un vol. di circa 300 pag. Ed. Stamp. Commerciale Editoriale. Milano 1937.

È la seconda edizione, senza rimaneggiamenti, del volume già pubblicato vari anni or sono e contenente la descrizione dei casi di traumi cranio-cerebrali operati durante la guerra 1914-18, con qualche considerazione sulle localizzazioni cerebrali. G. LA CAVA.

K. HANSEN e H. VON STAA. *Reflektorische und Algestische Krankheitszeichen der innere Organe.* Editore Thieme, Lipsia, R. M. 26.

La storia delle conoscenze sui segni riflettori e dolorosi delle malattie degli organi interni è legata a due nomi, Mackenzie e Head, ai quali si è aggiunto di recente quello di Knotz.

La pregevole monografia di Hansen e von Staa espone in modo succinto ma chiaro la dottrina di tali fenomeni, che hanno una

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

grande importanza dottrinale ed un non minore interesse pratico, e ne segue gli sviluppi.

Dopo avere elencati e descritti i vari segni riflettori e dolorosi ne precisano la importanza diagnostica nelle varie malattie, e ne spiegano la base anatomica ed il meccanismo fisiologico.

Le vecchie fondamentali teorie sono convalidate ed integrate da numerose ricerche personali che illustrano ancora più i fatti già acquisiti e ne mettono in evidenza nuovi.

DR.

K. H. STANDER. *Konstitution und Wesenänderung der Epileptiker*. Editore Thieme, Lipsia. RM. 10,50.

L'A. si propone di accertare se le abituali alterazioni del carattere degli epilettici costituiscono una sindrome definita e distinta dalle altre forme psicopatologiche, quale importanza esse hanno nel corso del male, ed infine come esse si determinano.

Lo studio si divide in due parti, l'una sperimentale, nella quale è stato ampiamente adoperato il metodo di Rorschach, e l'altra clinica.

Le conclusioni hanno un notevole interesse pratico in riguardo non solo alla diagnosi delle varie forme di epilessia, ma anche al destino dei pazienti ed al loro trattamento. Merita di essere rilevata l'osservazione che le cure prolungate di bromuri e di luminal, mentre provocano indubbiamente una rarefazione degli accessi, concorrono ad accentuare il così detto « carattere epilettico ». DR.

F. CURTIUS, H. SCHLOTER e E. SCHOLZ. *Tabes dorsalis*. Edit. Thieme, Lipsia. RM. 14.

Dopo una succinta ma chiara e completa esposizione della clinica è trattata ampiamente l'etiopatogenesi della tabe.

Ma la parte veramente originale è quella riguardante i fattori costituzionali, familiari ed ereditari, che concorrono allo sviluppo della malattia.

Non meno interessante è lo studio dei riflessi legali e sociali delle varie manifestazioni invalidanti legate ai successivi sviluppi della tabe. DR.

K. F. SCHEID. *Febrile Episoden bei Schizophrenen Psychosen*. Editore Thieme, Lipsia. R. M. 7,80.

Nel corso della schizofrenia si verificano di frequente episodi febbrili ai quali finora è stato dato una scarsa importanza.

L'A. ritiene che essi possano dare una qualche luce sull'etiopatogenesi di questa malattia, etiopatogenesi che rimane ancora in fitta ombra. Ha perciò studiato questi episodi febbrili e subfebbrili precisandone la frequenza, e la coincidenza con le varie fasi della malattia, il loro decorso, ed i fatti somatici e psichici che sogliono accompagnarli. DR.

VITA CULTURALE

La prolusione di Raffaele Paolucci al Corso di Clinica Chirurgica dell'Università di Roma.

Come ne demmo già notizia, il 7 dicembre, XVII, S. E. il prof. Raffaele Paolucci, vice presidente della Camera fascista, ha tenuto la prolusione al Corso di Clinica chirurgica della Regia Università di Roma.

La riunione, affollatissima, ha assunto un carattere di inconsueta solennità per la larga partecipazione di clinici medici e chirurgi di molte Università italiane. Erano presenti S. E. il prof. Gianni Petragnani, direttore generale della Sanità pubblica; S. E. De Blasi, accademico d'Italia; il generale medico Loreto Mazzetti, direttore generale della Sanità militare; il rettore dell'Università di Bologna, S. E. Chigi; il generale medico Falso; i professori Alessandri, Putti, Forni, Gasbarrini, Fasiani, Frontali, Dalla Volta, Rietti, Schiassi, Razzaboni, Ceccarelli, Tinozzi, Pecori, i docenti dell'Ateneo romano e numerose rappresentanze della Scuola napoletana, dove il Paolucci ha studiato, e delle Università di Siena, Modena, Bari, Parma e Bologna, le quali sono state altrettante tappe della fervida e laboriosa carriera che ha portato il giovane clinico italiano, appena alle soglie della maturità, alla altissima cattedra dell'Urbe.

Il prof. Giovanni Perez, preside della Facoltà medica, ha dato il saluto cordiale e cameratesco dell'Università di Roma a Raffaele Paolucci, del quale ha rievocato in brevi parole le gesta di Pola ed esaltato le doti di studioso cosciente e tenace.

Il prof. Catterina ha letto un messaggio di saluto del Presidente della Società tedesca di Chirurgia, nel quale ha sottolineato la stima di cui i chirurgi della Nazione amica circondano i nomi di Roberto Alessandri e di Raffaele Paolucci che ora degnamente gli succede nell'insegnamento.

La rapida e avvincente prolusione di Raffaele Paolucci traccia brevemente le tappe della sua vita di studente e di studioso, che gli danno diritto di rivendicare a sè l'onore di aver saputo ritrovare, in età ancor giovane, dopo anni di guerra e di rivoluzione, nel lavoro e nel silenzio, la gioia e l'elevazione, la poesia e la fede nella vita.

Ed è la chirurgia appunto, che, poggiando sulla base granitica della Scienza il suo edificio, attinge i fastigi dell'arte e si avvolge della bellezza ideale della poesia.

Scienza che scruta i problemi più profondi ed oscuri della vita, Scienza che un travolgente cammino ha portato in trent'anni ad altezze meravigliose, ma anche e sopratutto arte.

Arte tremenda, quando gli strumenti e le conoscenze biologiche e cliniche erano, a pa-

ragone di oggi, rudimentali; quando il chirurgo doveva essere dotato di un coraggio estremo, di una insensibilità a tutta prova, di una eccezionale rapidità di movimenti: e passava per un uomo spietato, dal cuore chiuso alle altrui sofferenze, una specie di carnefice, anche se, invece della morte, donava talvolta la vita.

Arte più sottile oggi, in cui le accresciute possibilità di anestesie innocue, il più vasto sapere, la maggiore conoscenza del rispetto che meritano i tessuti, richiedono sì, ancora, al chirurgo coraggio e sangue freddo, ma sopratutto il meditato, lucido, sapiente ardimento di chi deve prendere una decisione ardua e talvolta difficile, e che una volta presa deve essere portata a compimento. Arte più umana, perchè essa dà, oggi, grande peso all'imprescindibile dovere di risparmiare ogni inutile sofferenza agli infermi; perchè impone a se stessa l'imperativo categorico: ogni dolore che può essere evitato deve essere evitato. E opera d'arte, ancora, in virtù di quella che è giustamente definita l'eleganza dell'operazione, e per cui essa appare una cosa semplice e chiara, un succedersi ordinato di tempi, il compimento di una serie concatenata di atti che sono espressione di destrezza, di tempestività, di colpo d'occhio, di armonia e anche di istinto.

Scienza, dunque, che richiede una solida preparazione scientifica, e arte che vuole un lungo tirocinio nelle corsie e nelle sale operatorie, a contatto con gli ammalati, di fronte a responsabilità personali, che solo possono dare la misura della capacità tecnica acquisita dall'operatore. Missione che esige da lui sacrificio, abbandono di ogni altra gioia, piena, completa, assoluta dedizione.

L'oratore traccia un sintetico quadro delle affermazioni che la chirurgia ha saputo realizzare nel trionfale cammino che essa ha compiuto negli ultimi decenni. Intramezzando la sua esposizione con suggestivi ricordi storici, egli affronta il nucleo centrale di essa: che cosa, di questa Scienza e di questa arte, dobbiamo insegnare ai giovani che sono affidati alle nostre cure e come trasmettere ad essi questo amore che rende bella e luminosa la nostra fatica?

Occorre insegnare ai giovani a riconoscere le sindromi acute, quelle che possono risolversi solo a prezzo di un rapido intervento, perchè gran parte degli studenti di oggi saranno domani le sentinelle avanzate in questa lotta che si combatte contro gli agguati della malattia e della morte, e perchè dal loro primo giudizio dipenderà la eventuale salvezza del colpito. Insegnare ai giovani quello che la chirurgia può dare in tante forme morbose, nel vasto campo degli interventi per lesioni non urgenti, che si concludono con risultati mirabili, con quozienti di mortalità pressochè nulli, spesso con vere resurrezioni. C'è ancora, e non ultimo, il campo purtroppo sempre più vasto dei tumori maligni, per la cura dei quali l'arma più efficace, salvo poche eccezioni bene individuate, rimane il bisturi a condizione che la diagnosi del male sia precoce. Ed è il medico pratico quegli che visita per primo il paziente e che deve, perciò, costantemente preoccuparsi di non far perdere al malato un tempo prezioso che spesso è il tempo della cura tempestiva ed efficace. Infine, e soprattutto, c'è il campo della piccola chirurgia della condotta, la prima assistenza agli ammalati chirurgici, da cui spesso dipende tutta la futura evoluzione morbosa: è il medico pratico che anche qui presta quasi sempre le prime cure ai sofferenti, ed è il medico pratico per ciò che deve essere messo in condizioni di riconoscere le complicazioni morbose o bisognevoli di immediato intervento chirurgico, di saper depistare le malattie che, pur non acute, si risolvono con l'azione chirurgica; è il medico pratico che deve fare da avamposto nella lotta contro i tumori, che deve essere in grado di apprestare le prime cure ai gravi traumatizzati ed assicurarne il trasporto, che deve sapere eseguire correttamente quei piccoli e pur numerosi interventi di ambulatorio che possono costituire per lui fonte di notevole soddisfazione.

Occorre poi stimolare e perfezionare l'insegnamento delle scuole di spedalizzazione, che non debbono essere semplici fabbriche di diplomi, ma vera, autentica, formativa scuola di chirurgia.

E dopo queste, dopo la preparazione dei medici pratici, e degli specializzandi, c'è una terza categoria di allievi chirurgi, quella più ristretta degli aiuti e degli assistenti, vivaio dei pochi fortunati che arriveranno all'insegnamento e di quelli che raggiungeranno posti di primariato. E qui eccoci davanti al problema della ricerca scientifica, che non può discompagnarsi da una sana preparazione e dall'insegnamento della chirurgia. In questo campo è bene, è necessario tornare al malato ed alla clinica chirurgica pura, senza invadere il campo delle altre specializzazioni, lasciando ai fisiologi, ai biologi, ai patologi generali e speciali, ai chimici, ai clinici medici, lo studio di problemi per i quali il chirurgo non è chiamato e per la cui soluzione non avrebbe sempre la necessaria preparazione; preparazione che egli, invece, deve dedicare tutta alla vasta e grande materia chirurgica.

Tracciate così le linee maestre che saranno percorse dal suo insegnamento, Raffaele Paolucci rivolge un deferente e cordiale saluto al prof. Alessandri, suo insigne predecessore nella cattedra di Roma e al senatore Bastianelli; rivolge un vivo e cameratesco saluto ai colleghi ospedalieri di cui la chirurgia romana si onora, manifestando la sua ferma fiducia in una collaborazione piena e leale, utile ai fini dell'insegnamento e a quelli non meno im-

portanti di tenere alto il prestigio della chirurgia italiana davanti agli stranieri. Anche in questo campo l'Italia non ha nulla da invidiare all'estero: pur senza l'ingombro dei tanti meccanismi e delle standardizzazioni, che troppo spesso ci vengono dall'estero magnificate, la chirurgia italiana è all'avanguardia, deve rimanervi e dovrà andare sempre più avanti e più oltre.

Tra grandi manifestazioni di consenso e di plauso, Raffaele Paolucci conclude la sua prolusione, elevando il pensiero a S. M. il Re Imperatore e al Duce Fondatore dell'Impero.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia delle Scienze di Ferrara.

Presiede il prof. BOSCHI

Seduta del 17 novembre 1938 XVII

Gravi alterazioni ematiche in malati di febbre ondulante curati con la maretina.

F. RIETTI. — L'O. richiama l'attenzione sulla possibilità di gravi alterazioni della crasi sanguigna nei malati di febbre ondulante curati con alte dosi (2 gr. al giorno) di maretina. Egli riferisce due casi di osservazione personale, nei quali i medici curanti avevano praticato tale cura: il primo, dopo avere presentato i segni di una grave anemia con lieve reazione eritroblastica e splenomegalia, venne a morte per noma; il secondo, dopo una fase di granulocitopenia e di enorme reazione eritroblastica, con urobilinuria e splenoepatomegalia, guarì abbastanza rapidamente dopo una intensa cura a base di preparati di fegato. L'O. si astiene dal giudicare il valore terapeutico della maretina nella febbre ondulante, pur ritenendolo incostante, ma insiste sulla necessità che tale cura sia praticata con un severo controllo del sangue, eventualmente anche delle urine (urobilinuria). Per analogia con la febbre emoglobinurica, viene prospettata la possibilità che, oltre al farmaco impiegato nella cura (chinino e rispettivamente maretina), la malattia stessa (malaria e rispettivamente febbre ondulante) possa essere responsabile della sindrome emolitica. Però, mentre oggi si conosce qualche caso di diatesi emorragica da mielotossicosi brucellare, non risulta che la febbre ondulante sia capace di provocare una così grave anemia emolitica come quella constatata dall'O.; nè simili anemie furono riscontrate nelle esperienze finora note, di inoculazione di tossina melitense negli animali. È quindi logico che la responsabilità dei casi riferiti dall'O. venga messa a carico della terapia maretinica ad alte dosi.

Riferimenti sulla terapia nervosa endocrino-farmacologica sostitutivo-progressiva ideata dal D'Ormea.

G. BOSCHI. — L'O. intende con la presente Comunicazione specialmente attirare l'attenzione dei Colleghi su una modalità di soministrazione medicamentosa considerevole sia per la razionalità e sia per il nome di chi l'ha ideata, il prof. Antonio D'Ormea di Siena.

Dati gli effetti astenizzanti che una terapia sedativa suol comportare, anzitutto l'O. ha pensato di associare una compensazione mediante tonici e ricostituenti, ed insieme qualche cosa che mirasse in qualche modo al fattore causale. A quest'ultimo scopo egli ha ricorso a preparati opoterapici, non già impiegando l'ormone puro, ma l'estratto totale — che notoriamente si palesa spesso più efficace del primo.

Tutto questo, sebbene personale nel tipo della composizione, non sarebbe del tutto originale. Ma ciò che è originale è il tipo della progressione nella sominiistrazione dei confetti in cui le combinazioni farmacologiche sono raccolte: tipo di progressione che qualifica come sostitutivo-progressivo; dettagliatamente e chiaramente indicata nella istruzione che è inclusa nel recipiente in cui il farmaco è messo in commercio.

Dapprima viene somministrato il prodotto sedativo puro corrispondente a quello che è chiamato formula (A), prevalentemente a base di bromuri, luminal, cremor di tartaro e belladonna; cui ha pure aggiunto opportunamente un po' di urotropina.

Successivamente alla formula (A) viene aggiunta la formula (B) comprendente i ricostituenti, segnatamente composti a base di fosforo, di ferro, di manganese e di arsenico; e gli opoterapici, segnatamente cervello, ipofisi, surrene, tiroide. Giorno per giorno va diminuendo la quantità del sedativo ed aumentando, fino a diventare esclusiva, la quantità del composto opoterapico ricostituente.

Giudicare della efficacia pratica di un farmaco, diretto alla cura delle nevrosi in genere, è particolarmente difficile; sia perchè le nevrosi sono capaci di oscillazioni o risoluzioni spontanee a seconda dei casi; sia perchè, in ogni caso, il farmaco non possiede quella azione specifica che ci dia nelle entità e nel tempo una modificazione così profonda da palesare in modo saliente la propria azione.

L'O. può tuttavia già riferire che in singoli casi gli è stato dato notare come in seguito alla somministrazione dell'ormosedolo sia stato accusato un vantaggio *nuovo* dal paziente stesso che di fronte a svariati altri mezzi terapeutici si era fino da allora mostrato restìo e la sua malattia aveva — in precedenza — seguitato a palesare quella uniforme oscillazione che è caratteristica delle nevrosi.

Questo insieme di argomenti pare all'O. debba invitare i Colleghi alla applicazione del farmaco tanto accuratamente ed assennatamente studiato e proposto dal D'Ormea.

Contributo alla conoscenza delle malattie famigliari del midollo spinale.

G. CAMPAILLA. — Descrive un'osservazione di sclerosi combinate, con alterazioni del fondo oculare, del tipo malattia di Marie, nel padre e una paraplegia spasmodica nella figlia. Riferisce poi su un'altra osservazione riguardante una sclerosi a placche in due fratelli.

Alterazioni epatiche da shock insulinico (Ricerche sperimentali).

G. CAMPAILLA. — Provocazione di shock insulinici ripetuti nel coniglio secondo le norme di Sakel per il trattamento della schizofrenia. Il numero delle crisi insuliniche provocate va da 5 a 60.

I reperti nel loro insieme possono ascriversi ad un quadro di epatite interstiziale cronica.

Il Segretario: Dott. FERDINANDO BARISON.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Carenze alimentari e patologia interna.

Gli alimenti, C. Richet (*La Presse Médicale*, n. 97, 3 dicembre 1938), possono essere divisi in due grandi categorie: da una parte gli alimenti energetici non specifici (lipidi, glicidi, aminoacidi), dall'altra i cosiddetti fattori specifici della nutrizione i quali comprendono vari elementi: le vitamine, le sostanze saline, gli infinitamente piccoli di natura chimica e gli aminoacidi di cui il nostro organismo non è capace di fare la sintesi.

L'A. pensa che anche per questi fattori specifici della nutrizione, come per gli alimenti energetici, ciò che importi non sia la quantità ingerita ma quella utilizzata realmente dall'organismo. Sicchè gli stati patologici, modificando il metabolismo generale e l'attività dei secreti dei diversi organi, modificano anche la quantità di tali fattori specifici che deve essere ingerita per mettere l'organismo nelle condizioni ottimali: in pratica quasi sempre si tratta di una ingestione maggiore della normale.

Ciò premesso si comprende come possano verificarsi due tipi di carenza:

1) carenza per insufficienza di apporto con l'alimentazione delle sostanze specifiche della nutrizione;

2) carenza per cattiva utilizzazione di tali sostanze introdotte in quantità normale.

Il primo caso si può verificare, oltre che nei casi di ipoalimentazione, anche in quei casi in cui un malato è sottoposto, per ragioni di cura, ad un regime caloricamente sufficiente ma che, essendo qualitativamente limitato, non contiene gli elementi specifici in quantità normale. Questo è il caso delle diete rigorose per es. negli ipercloridrici, nei litiasici o nei colitici. In questi malati, dopo un certo periodo di regime, possono infatti riscontrarsi dei disturbi riportabili a carenze di fattori specifici della nutrizione.

Il secondo caso è più interessante e si verifica specialmente negli epatici e nei sofferenti di affezioni intestinali, i quali possono infatti presentare facilmente sintomi di carenza.

Tutto ciò, come si comprende facilmente, ha molta importanza dal punto di vista della terapia e del regime alimentare nei vari malati.

F. Tosti.

Le forme nervose della pellagra curate con acido nicotinico.

Nella Clinica pediatrica di Padova su 12 bambini pellagrosi G. Frontali e G. Ferrari (*Minerva medica*, n. 32, 1938) nessun miglioramento si ottenne mantenendo una dieta pellagrogena con l'aggiunta delle varie vitamine A, E e B_2.

Nel Pio Istituto C. Gris di Mogliano furono curati 14 adulti da 33 a 63 anni tutti pellagrosi. in cui la pellagra era primitiva in 7 di essi e recidivante negli altri, usando l'ac. nicotinico, che Elvehjem per primo ottenne da estratti di fegato.

Alla dieta pellagrogena venivano aggiunte iniezioni endomuscolari di sol. di ac. nicotinico, alla dose giornaliera di 60-100 mgr.

Tutti i malati presentavano sintomatologia nervosa più o meno marcata, profonda astenia specie agli arti inferiori con difficoltà della deambulazione, esagerazione dei riflessi patellari ed achillei, riduzione o abolizione dei cutanei (addominale e cremasterico), compromissione del sistema extrapiramibale delle vie piramidali e dei nervi cranici. In quasi tutti algie agli arti, ai lombi o diffuse; cefalea, prurito lieve in corrispondenza degli eritemi cutanei, sensibilità superficiale (tattile, dolorifica, termica) non alterata; la profonda difficile a valutare a causa delle condizioni psichiche. Alterazioni funzionali del sistema nervoso vegetativo. Manifestazioni psichiche connesse al processo pellagroso: stati confusionali acuti, delirio acuto, stati maniaco-depressivi, catatonia.

Dopo 2-3 giorni dalla cura nicotinica notavasi impallidimento degli eritemi e dopo 2-3 settimane desquamazione a lamelle o a lembi, e contemporaneamente scomparsa dei disturbi intestinali, ritorno dell'appetito ed aumento del peso — più lentamente regressione dei sintomi nervosi — sempre che non sia avvenuta profonda alterazione delle cellule e delle fibre nervose (forme inveterate).

L'ac. nicotinico, ed in particolare la sua amide, fanno parte con tutta probabilità di un dinucleotide indispensabile alla vita di tutte le cellule, ed è introdotto con gli alimenti (tessuti ricchi di nucleine, carni, fegato, ecc.), o in forma medicamentosa per iniezioni o per via orale.

Diete opportunamente integrate con le comuni cure ricostituenti e polivitaminiche hanno avuto effetti curativi assai scarsi sulle manifestazioni cutanee ed intestinali, e nulli sulle manifestazioni nervose e mentali.

I favorevoli risultati ottenuti con l'ac. nicotinico potrebbero essere durevoli e permanenti se i pazienti, usciti dal pellagrosario, potessero usare, anche con dieta pellagrogena (costituita largamente da polenta) l'ac. nicotinico.

F. Tosti.

Trattamento dell'artrite reumatoide con forti dosi di vitamina D.

N. R. Abrams e W. Bauer (*The Journ. Americ. Medic. Assoc.*, 29 ottobre 1938) premettono che nel 1935 Dreyer e Reed resero noto un no-

tevole miglioramento clinico osservato in due malati di artrite reumatoide per effetto di dosi massive di vitamina D che prevedevano per combattere la febbre da fieno.

Siccome la decalcificazione è fatto comune e precoce nell'artrite reumatoide, si poteva pensare che questa forma di artrite dipenda dalla alterazione del ricambio del calcio e del fosforo e che quest'osservazione avesse valore nei riguardi del problema etiologico e terapeutico di tale malattia. Ma studi ulteriori non confermarono la costanza dell'alterazione del ricambio del calcio e del fosforo; quindi il miglioramento osservato nei malati di Dreyer e Reed non si poteva imputare alla cura vitaminica nei riguardi della sua azione sul ricambio calcico.

A queste conclusioni giunsero gli AA. studiando malati trattati per un periodo da 6 a 30 mesi con dosi di vitamina D che variavano da 5000 a 15000 U. S. P. unità al giorno.

Poichè l'artrite reumatoide è una malattia che dura anni e presenta periodi di remissione e periodi di esacerbazione, ogni caso deve essere esaminato in modo particolare e precisamente nel senso che ci si deve assicurare che il miglioramento non sia un periodo spontaneo di remissione. Quindi si deve tener conto solo di quei casi seguiti per mesi ed anni e nei quali c'è per un lunghissimo periodo un comportamento uniforme.

Ogni malato va, inoltre, studiato dal punto di vista subbiettivo, obbiettivo e degli esami di laboratorio.

Gli AA. studiarono 18 casi di artrite reumatoide. Essi videro che subbiettivamente c'era notevole miglioramento in un caso, modico miglioramento in un caso, miglioramento appena accennato in sei casi (sempre per tutta la durata della cura), mentre in quattro casi il miglioramento subbiettivo fu modico solo al principio della cura e in sei casi non ci fu alcun miglioramento.

Obbiettivamente invece la cura diede netto miglioramento in 1 caso, modico miglioramento in 4 casi e nessun miglioramento in 13 casi.

Cinque malati, di cui due migliorati, ebbero aumento di peso durante la cura.

Gli AA. studiarono anche nei loro malati la velocità di sedimentazione delle emazie, ma non credono di poterne dedurre nulla di probativo nei riguardi dell' efficacia terapeutica.

Nei 18 malati studiati il calcio, il fosforo e la fosfatasi del sangue erano normali prima della cura. In 16 si ebbe ipercalcemia durante la cura vitaminica, ma in nove di questi casi l'ipercalcemia fu notata solo in uno o due esami.

In alcuni malati, specialmente in quelli sottoposti a dosi veramente altissime (200.000 unità al giorno), si ebbero fenomeni tossici: nausea, vomito, inappetenza, dolori gastrici, diarrea, cefalea, sonnolenza, poliuria, polidipsia, nicturia e questi sintomi in alcuni durarono varie settimane.

I risultati di questa cura non sono incoraggianti, perchè solo durante il periodo di cura si ebbe qualche miglioramento e perchè sono troppo frequenti i fenomeni tossici (e la tossicità era da attribuire alla vitamina D e non al glicol propilene usato come solvente, non avendo avuto fenomeni tossici con questo solvente adoperato da solo). R. LUSENA.

Difficoltà di trasformazione del carotene (provitamina A) in vitamina A in numerosi stati patologici. Conseguenze terapeutiche.

Il carotene, pigmento di color arancione, molto diffuso in natura, è una provitamina che nell'organismo, per scissione della sua molecola, si trasforma in vitamina incolora ed attiva, fattore di crescenza ed elemento di difesa e di riparazione di tutti gli epiteli (vitamina A).

Si designa col nome di carotinemia una pigmentazione gialla della cute, simulante l'ittero, ma senza decolorazione delle feci. Questa colorazione della cute, che si riscontra in individui che come alimenti usano carote, aranci, legumi vegetali, vegetali ricchi in carotene, scompare col sopprimere detti alimenti.

R. H. Monceaux (*Presse méd.*, 16 nov. 1938) notò, fin dal 1927, che nei tubercolosi, nei cancerosi, nei diabetici, negli obesi, nei ragazzi gracili, si manifestava una carotinemia per insufficienza delle ossidazioni organiche e per scarso potere ossidante del siero.

Altri Autori (Villaret, Justin Besançon e Baumgartner) hanno notata ipercarotinemia per insufficienza epatica, causa di disturbi varii: emeralopia, xerosi, piodermiti, diarrea, ecc.

Per la difficoltà quindi di trasformare la provitamina in vitamina, in molti stati patologici, non è prudente usare la terapia vitaminica sotto forma di soluzione di carotene, ma bensì conviene ricorrere alla vitamina A sotto forma diretta e naturale.

F. TOSTI.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'influenza della roentgen-irradiazione del seno carotideo sulla pressione del liquido cefalo-rachidiano.

M. Bassi (*Giornale di Clinica Medica*, 20 novembre 1938) ha studiato gli effetti prodotti dalla stimolazione, mediante raggi Roentgen, del seno carotideo sulla pressione del liquido cefalo rachidiano nonchè sulla pressione arteriosa e venosa generali.

L'A. ha eseguito le sue osservazioni su dieci soggetti, di cui otto affetti da ipertensione arteriosa e due con pressione arteriosa normale.

L'A. ha così potuto constatare che mentre la pressione arteriosa, che non si modifica sensibilmente nei normotesi, diminuisce notevolmente negli ipertesi, la pressione del liquido cefalo-rachidiano (anch'essa invariata nei soggetti normotesi) presenta un comportamento quanto mai incostante e vario nei soggetti con ipertensione arteriosa. Infatti nel 37,5 % dei casi è fortemente aumentata nel 37,5 % non ha presentato sensibili modificazioni e nel 25 % dei casi è sensibilmente diminuita. La pressione venosa, misurata in tre dei soggetti ipertesi, è risultata una volta invariata e due volte diminuita.

L'A., discutendo i rilievi fatti, avanza l'ipotesi che il diverso comportamento della pressione del liquido cefalo-rachidiano in seguito all'irradiazione del seno carotideo debba essere riferito più che altro all'intensità varia (in rapporto alla costituzione neuro-vegetativa dei singoli soggetti) della dilatazione attiva, riflessa, dei vasi encefalici indotta dalla stimolazione Roentgen del seno carotideo.

F. TOSTI.

FORMULARIO.

Calmanti del pneumogastrico e del simpatico.

1) Per il pneumogastrico:

Intrait di valeriana g. 6
Estr. alcool. di giusquiamo g. 0,30
Estr. alcool. di datura g. 0,10
Acqua coob. di lauro ceraso g. 30
Acqua coob. di q. b. per cmc. 150

da 3 a 9 cucchiaini al giorno.

2) Per il simpatico:

Tintura di crataegus g. 6
Alcoolato di passiflora g. 3
Intrait secco di valeriana g. 6
Geneserina gocce LX
Acq. di fiori d'arancio q. b. per cmc. 150

3-9 cucchiaini al giorno.

(G. Parturier li consiglia nell'insonnia degli epato-bilari).

VARIA

Il ritrovamento di un'opera dugentesca in lingua di Rinaldo da Civitella, medico e notaro del sec. XIII.

Rinaldo, fisico e notaro aretino, oriundo da Civitella, trovasi citato nel *Vocabolario di alcune voci aretine fatto per scherzo da Francesco Redi*, contenuto nel Codice Manoscritto n. 266 della Biblioteca della Fraternità dei Laici di Arezzo.

Dice Francesco Redi: « Rainaldo scrisse la *Istruzione a notari*. È una breve istruzione ai notari fatta in lingua volgare intorno agli anni 1240 ovvero 1250. manoscritta. Oltre a questa *Istruzione*, io ho di costui un antichissimo manoscritto in carta-pecora ed in lingua latina, ed è copioso formulario degli istrumenti che facevano i notari in quei tempi, cioè verso il 1240, nel quale anno fiorì questo Rinaldo fisico, il quale si dichiara essere stato nella legge, scolaro di Rainieri da Perugia, giacchè nella prefazione dice: « *sequendo in quibusdam Reverendum Magistrum Meum Ramerium perusinum nec non alios probos* ».

Un anonimo scrittore aretino del manoscritto Codice n. 61 della nostra Biblioteca della Fraternità aggiunge alle notizie del Redi, che del manoscritto citato dal Redi stesso ne aveva copia Domenico Manni, che lo aveva postillato. L'Albergotti poi scrive che di Rinaldo Fisico prese forse l'idea per fare il suo, che ha per titolo: *Formularium diversorum Contractum*, certo Lionardo Beltramini da Colle.

Non risulta che Rinaldo di Arezzo abbia esercitato come medico. Io non so se Rinaldo, Fisico, abbia studiato o no a Bologna: a titolo di curiosità riporterò qui che ho trovato, come risulta da uno dei documenti che arricchiscono l'opera del P. Sarti, che nel 1206, il 13 dicembre, fu da Magister Gratia in Bologna, nel Convento di San Giovanni in Monte, pronunziata una sentenza sottoscritta dal notaro bolognese Leone in cui figurano come testimoni Rinaldo, Guidone e Jacopo, *tutti e tre scolari aretini*.

Fino ad oggi in Arezzo si era sempre ritenuto che l'opera di Rinaldo, posseduta da Francesco Redi, fosse andata perduta.

Posso dare notizia che negli scorsi giorni, facendo ricerche sul *Fondo Redi* della Biblioteca Laurenziana di Firenze, ho trovato questo libro: *Raynaldi Phisici aretini - Formularium Antiquum Instrumentorum*.

È un elegante volumetto in quarto del secolo XIII e porta la segnatura: *Fondo Redi 7 - G. 5*. Consta di 74 pagine in pergamena ed è proprio quello già ricordato e posseduto da Francesco Redi.

Da « La Nazione », 28 dic. 1938.

UGO VIVIANI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

Atti Prima Riunione dei Consorzi Provinciali Antitubercolari Lombardi. Tip. Osp. Psichiatrico, Milano, 1938

R. F. VACCAREZZA. *Sobre un signo estetacustico en la esclerosis pulmonar difusa*. Buenos Aires, 1937.

F. SPEDINI. *Contributo clinico e radiologico della tbc. cavitaria e dell'ascesso del polmone nelle loro forme a manifestazione similare*. Tip. Pedrotti, Brescia, 1938.

R. SIMONETTI CUIZZA. *Contributo allo studio della macrasomia nel neonato e nel lattante*. Tip. Riunite Donati, Parma, 1937.

G. DE MARCHI. *L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi in Lombardia*. Milano, 1938.

R. SIMONETTI CUIZZA. *Dati biometrici sul neonato torinese*. Tip. Riunite Donati, Parma, 1937

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Stato giuridico transitorio dei sanitari ospedalieri.

Il nuovo ordinamento regolato dal R. D. 30 settembre 1938 n. 1631 trova rapporti già costituiti, diritti soggettivi, interessi legittimi. Queste complesse situazioni giuridiche, validamente nate, non potevano essere distrutte senz'altro. Le saggissime disposizioni degli art. 96-100 provvedono a questa esigenza di giustizia e di interesse amministrativo. Il personale sanitario previsto dall'art. 18, cioè sopraintendenti, direttori, primari e simili, assunti con regolare deliberazione secondo le norme allora vigenti, qualora siano titolari di un rapporto stabile, conservano invariata la loro condizione giuridica.

Questa disposizione presuppone che il sanitario sia soggetto di un rapporto costituito validamente con regolare deliberazione: non è necessario che alla nomina si sia provveduto in base a concorso, se questa forma di selezione e di scelta non era *necessaria,* per obbligo imperativo, quando la nomina fu deliberata.

La stabilità, protetta, deve essersi perfezionata secondo le norme vigenti prima del nuovo ordinamento: per questo effetto, sono quindi valtubali le norme degli statuti e dei regolamenti locali concernenti le forme della nomina e la stabilità. I rapporti costituiti per tempo determinato, sia pure con possibilità di conferma o rinnovazione, non sono equiparabili ai rapporti stabili.

Il nuovo ordinamento trova anche periodi di prova in corso, idonei alla stabilizzazione dell'impiego. L'art. 96 protegge anche queste situazioni, nella loro fase di perfezionamento, e dispone che il sanitario ha diritto di completare il periodo di prova. Per questo effetto, cioè per la successiva esplicazione dell'esperimento, e per le condizioni di stabilità valgono le norme anteriori o quelle del R. D. 1938?

Generalmente, le norme di diritto pubblico dominano i rapporti che trovano in corso di esplicazione: in questo senso hanno efficacia immediata, non retroattiva. Ma si può ritenere che l'art. 96, *ammettendo* i sanitari a completare la prova, abbia voluto assoggettare una parte di questa alle norme sopravvenute? A me sembra che l'esperimento iniziato secondo le precedenti disposizioni debba compiersi sino al suo termine, con risultato positivo (stabilizzazione) o negativo (licenziamento), secondo le disposizioni dalle quali ha origine ed è stato dominato.

Non risulta dall'art. 96 la volontà legislativa di assoggettare i rapporti già costituiti e in corso di svolgimento alle norme sopravvenute; queste hanno efficacia immediata, ma, essendo *ammesso il completamento* della prova, sono ad esse sottratte quelle situazioni che nacquero e si svolsero entro un altro ordinamento giuridico. Come tali, l'art. 96 le protegge. Peraltro, se si consideri la varietà delle norme precedenti, non essendovi disposizioni generali e tutto il rapporto essendo diversamente regolato da regolamenti locali e da statuti, e se si tiene conto delle disarmonie e delle illogicità che deriverebbero dall'assoggettamento dello stesso rapporto di impiego a norme diverse, non si può non riconoscere che anche logicamente il rapporto precostituito debba svolgersi secondo la sua legge, senza influenza delle norme sopravvenute.

La quistione è importante: basta ora accennarla. Un esempio ne rivelerà tutto l'interesse: se il regolamento dell'Ospedale prevedeva la stabilità per effetto del compimento del termine, sicchè era sufficiente il fatto negativo della mancata dimissione, il sanitario completerà il periodo di prova secondo quella regola, vale a dire con lo effetto della stabilità, dato che non sia licenziato prima del termine. Se, invece, fossero efficaci le nuove disposizioni, la stabilità sarebbe subordinata ad un atto di conferma che dovrebbe essere deliberato entro sei mesi dalla data del compimento del biennio.

La identificazione delle norme applicabili ha importanza anche dal punto di vista della durata della prova.

Con opportunissima disposizione, l'art. 97, considerata la varietà delle precedenti denominazioni degli uffici, prescrive che non sono decisive le espressioni dirette a qualificare l'ufficio e il posto del sanitario, ma si deve aver riguardo alle funzioni effettivamente esercitate: saranno quindi considerati sopraintendenti, direttori, primari, ecc., quei sanitari che, pur con diversa denominazione o qualificazione, hanno esercitato legittimamente funzioni corrispondenti a quelle di sovrintendente, ecc. Ed essi conservano l'ufficio, e la stabilità attribuita con la nuova qualifica.

L'art. 98 regola anche la condizione degli aiuti e degli assistenti che, secondo il nuovo ordinamento, non possono divenire stabili, ma, per effetto della nomina già deliberata e delle disposizioni anteriormente in vigore, erano assunti stabilmente. La divergenza è stata risoluta così: i sanitari « conservano il posto sino al raggiungimento dei limiti di età eventualmente stabiliti negli ordinamenti degli enti, ma non oltre, in ogni caso, il limite di anni 50 per gli aiuti, 45 anni per gli assistenti... ». Ecco un altro caso di ultraattività delle vecchie norme, sia pure con limitazione della durata degli effetti: gli aiuti e gli assistenti già stabili conservano la loro posizione; il limite di età è quello stabilito dalle precedenti norme locali, purchè però non sia superato un certo limite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

La missione dei medici nel campo sociale.

Il Commissario ministeriale del Sindacato Nazionale Fascista dei medici, sen. Bastianelli, ha presieduto in Palermo, l'8 gennaio, un raduno dei Direttorii dei Sindacati dei medici della Sicilia. Dopo una breve relazione del Segretario del Sindacato di Palermo sulla situazione sindacale, professionale e culturale della classe medica e sui problemi di assistenza mutualistica, è seguita un'ampia discussione che è stata riassunta infine dal sen. Bastianelli il quale ha illustrato la missione dei medici nel campo sociale, mutualistico e politico.

Il raduno si è chiuso con il saluto al Duce al cui indirizzo è stata rivolta una vibrante manifestazione.

CONCORSI.

Posti vacanti.

BERGAMO. *R. Prefettura.* — Coadiutore medico presso il Laboratorio prov. d'igiene e profilassi; L. 12.000 annue e 10 bienni di L. 525, oltre supplem. serv. att. L. 2800 e aggiunta di famiglia; età limite 32 a. al 1° dic. Scad. 10 marzo. È a concorso anche il posto di coadiutore chimico, alle stesse condizioni.

LA SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele II.* — Concorso per Primario specialista di oftalmoiatria modificato e prorogato al 4 marzo 1939-XVII. Chiedere copia dell'avviso alla Segreteria dell'Ospedale. Il Presidente: Avv. G. Viglione.

PARMA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico assistente del Centro di Assistenza e Profilassi Sociale di Parma e medico direttore della Sez. dispensariale di Borgo Val di Taro e Fornovo; assegni annui L. 14.000 e L. 10.000; 4 quadrienni dec.; è consentito il libero esercizio profess. Età limite 40 a. Tassa L. 50. Per altre condizioni rivolgersi alla Segreteria. Scad. 28 febbr.

Concorsi a premio.

R. Accademia Medica di Roma.

È bandito un concorso nazionale per due premi di L. 2000 ciascuno, da assegnare ai migliori lavori originali; uno su « La profilassi della malaria », e l'altro su « La profilassi delle infezioni streptococciche ».

I lavori dovranno essere inediti e consegnati alla Segreteria della R. Accademia Medica di Roma, al Policlinico Umberto I, entro il 31 dicembre 1939-XVIII, dattilografati, in doppio esemplare. Essi saranno giudicati da una Commissione all'uopo nominata.

È bandito un concorso nazionale per due premi da conferire ai due migliori lavori sul tema: « Il fattore biologico, chimico, fisico ed ambientale nella genesi dei Tumori ». Il 1° premio sarà di L. 10.000, il 2° di L. 2000.

I lavori, in doppio esemplare dattilografato, dovranno esere inediti e consegnati alla Segreteria della R. Accademia Medica di Roma, al Policlinico Umberto I, entro il 28 ottobre 1940-XIX. Ogni lavoro dovrà essere distinto solo da un motto, corrispondente al nome dell'autore. Il motto e il nome dell'autore devono essere trascritti in busta suggellata, da consegnarsi insieme al lavoro. Una Commissione, nominata dall'Ufficio di Presidenza dell'Accademia, giudicherà i lavori presentati.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il prof. Virgilio Ducceschi è nominato professore onorario di fisiologia dell'Università di Cordoba (Argentina), ove egli ha insegnato da giovane.

Il segretario del P. N. F. ha ricevuto il sen. Cremonesi che gli ha consegnato la Croce al merito della Croce Rossa Italiana.

Il premio « Massimo Piccinini » per la medicina coloniale è stato conferito, per l'anno 1937-1938, al prof. Ernesto Satta.

Il dott. Mario Talenti è abilitato alla libera docenza in chimica bromatologica.

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE

Il seniore medico prof. Mario Prati, direttore dell'Ospedale Legionario Italiano N. 9, è promosso per meriti eccezionali, per benemerenze acquistate in O. M. S., al grado di 1° seniore medico con la seguente motivazione:

« In undici mesi di servizio prestato presso un corpo di truppe volontarie combattente in terra straniera per un alto ideale di civiltà, ha prestato con animo fascista, la sua preziosa ed efficace opera di valente chirurgo a vantaggio di numerosi legionari feriti. Messo alla direzione di un grande ospedale, ha rivelato eminenti doti direttive ed organizzative e grande spirito di iniziativa.

« Luminoso esempio ai suoi dipendenti di instancabile attività e di forte attaccamento al dovere ».

NOTIZIE DIVERSE

Congressi medici.

Il 10° Congresso internazionale di dermatologia e sifilografia è annunziato per il settembre 1940 a New York. Si rendono noti fin da ora i temi, per facilitare la preparazione dei lavori: Manifestazioni cutanee delle avitaminosi; Allergia batterica; Fotosensibilizzazione; Disturbi del metabolismo riconoscibili nella pelle; Influenze psichiche nell'eziologia delle malattie cutanee; Affezioni cutanee professionali; Affezioni cutanee emorragiche; Il gruppo delle sclerodermie; Istopatologia dell'apparato reticolo-endoteliale; Sifilide: idee nuove e metodi di trattamento. Segretario generale è il dott. Paul O'Leary, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, S. U. d'A.

Come abbiamo annunziato, la Società tedesca per lo studio della circolazione si adunerà a Bad Nauheim, nell'Istituto « William Kerckhoff », il 25 e il 26 marzo, sotto la presidenza del prof. E. Edens di Düsseldorf; discuterà i temi: « Elettrocardiogramma » e « Terapia dell'insufficienza cardiaca ». Quote: per i soci RM. 10; per i non soci RM. 15. Chiedere il programma alla « Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung », Residenzstr. 32, Dresden-Blasewitz; per la partecipazione ai lavori rivolgersi al presidente della Società, prof. Eb. Koch, Kerckhoff, Bad Nauheim.

La Società dermatologica tedesca si adunerà dal 18 al 21 agosto in Breslavia, sotto la presidenza del prof. K. Zieler di Würzburg.

La Società ortopedica tedesca si adunerà l'8 e il 9 settembre a Berlino, sotto la presidenza del prof. Eckhardt di Berlino.

La Società oftalmologica tedesca terrà la sua 53ª riunione dal 4 al 6 settembre in Heidelberg. Nell'occasione, verrà conferita la medaglia Graefe al prof. Jules Gonin, della Facoltà medica di Losanna (Svizzera).

Alla Pontificia Accademia delle Scienze.

Il 18 dicembre il Papa ha inaugurato il terzo anno accademico della Pontificia Accademia delle scienze. La solenne cerimonia si è svolta nella sede dell'Accademia alla Casina di Pio IV, nei giardini vaticani. Erano presenti in gran numero accademici italiani e stranieri, cardinali, membri del Corpo diplomatico, fra cui l'ambasciatore d'Italia presso la Santa Sede, dignitari della Città del Vaticano, prelati e molti invitati. Il Papa, accompagnato tra gli altri dal medico prof. Milani, è stato ricevuto dal presidente dell'Accademia, padre Gemelli. Questi ha letto un indirizzo d'omaggio, ha presentato i due volumi delle « Commentationes » e degli « Acta », e ha annunciato il conferimento del « Premio Pio XI » per l'anno 1938 al prof. Cornelio Heymans, docente di farmacologia all'Università di Gand (Belgio); ha annunciato inoltre che per determinare l'attività dell'Accademia è stata costituita una Commissione composta da lui stesso, come presidente, e dagli accademici Bottazzi dell'Università di Napoli, Carrel del Rockefeller Institute di Nuova York, Colonnetti dell'Istituto superiore di Torino, Michotte dell'Università di Lovanio. Padre Gemelli ha poi ricordato le perdite degli accademici Nicola Parravano e Filippo De Filippi dei quali hanno poi parlato rispettivamente gli accademici Francesco Giordani e Renato Toniolo, ricordandone l'opera scientifica.

Il Papa ha consegnato di sua mano il premio al prof. Heymans e poi ha pronunciato un efficace discorso.

Attività sanitaria dell'Opera Mutilati.

Il Duce ha ricevuto a Palazzo Venezia l'on. Romano, Commissario governativo dell'Opera Nazionale Mutilati, il quale ha riferito sull'attività svolta durante il periodo della sua gestione straordinaria. Nel campo dell'assistenza sanitaria si è anzitutto provveduto ad armonizzare le particolari forme di assistenza degli invalidi coi vari istituti di assistenza e previdenza fondati per legge dal Regime, in modo che questi ultimi possano integrare l'assistenza offerta dall'Opera. Così è stato possibile estendere al massimo l'opera assistenziale agli invalidi, riducendo al minimo le richieste non soddisfatte o soverchianti i compiti e i doveri della solidarietà nazionale. Allo stato attuale, sono state spese per assistenza sanitaria (contributo per assistenza medico-chirurgica, malattie tropicali, ricovero in ospedali specializzati, sanatori, cure fisioterapiche e balneo-termali, ecc.) ben 13 milioni e mezzo di lire, di cui oltre 4 milioni sono stati assorbiti da assistenza ortopedica e protetica ai mutilati più gravi, bisognevoli di protesi e che raggiungono la cifra cospicua di circa 50 mila.

Uno stabilimento per la produzione artificiale di sostanze radio-attive in Roma.

Tra qualche mese sarà terminato a Roma l'impianto di un grande stabilimento destinato alla produzione di sostanze radio-attive. Lo stabilimento sarà diretto per la parte scientifica dal « premio Nobel » prof. Enrico Fermi, accademico d'Italia.

Appena terminata la costruzione e l'impianto, lo stabilimento comincerà la sua produzione di tipo intensivo, e darà al mercato italiano una quantità rilevante di sostanze radio-attive artificiali per uso medico, biologico e chimico.

In tal modo l'economia italiana verrà liberata dal bisogno di acquistare su mercati esteri le sostanze radio-attive naturali ed artificiali.

Azioni giudiziarie.

Da una casa di salute per malattie nervose, ove si trovava ricoverata, a Roma, scomparve improvvisamente, la sera del 20 settembre dello scorso anno, la signora Eda Battaglia in Gatti, portando via con sè gioielli, titoli di Stato ed assegni bancari.

Iniziate subito le indagini, la Questura procedette all'arresto di una inserviente della clinica, tale Alessandra Mattacchioni, che, con la complicità del fidanzato Giulio Cioffi, avrebbe favorito, mediante l'apertura abusiva del cancello, la fuga della Battaglia.

Una perquisizione presso il Cioffi fece rilevare che costui aveva per i suoi servigi ricevuto dall'inferma due assegni, riscossi, per l'ammontare di L. 3050. Frattanto la mancanza di qualsiasi notizia relativa alla scomparsa, fece sospettare della sua soppressione a scopo di furto ad opera dei fidanzati.

Circa due mesi dopo però il sig. Antonio Gatti, marito della Eda, ritornando dalla villeggiatura, ebbe la terribile sorpresa di rinvenire nel proprio appartamento di via Adige, il cadavere della moglie in stato di avanzata putrefazione. La morte era avvenuta per asfissia con gas illuminante. Il Cioffi e la Mattacchioni sono comparsi dinanzi alla XI Sezione del Tribunale di Roma, per rispondere del duplice delitto di circonvenzione di persona incapace e di abbandono della stessa con violazione degli obblighi di custodia e con la conseguenza della morte. Il P. M. ha concluso per la condanna degli imputati a cinque anni di reclusione ciascuno, ma il Tribunale ha assolto i due imputati dal delitto di circonvenzione per insufficienza di prove, e dall'altro di abbandono di incapace per non aver commesso il fatto.

Un operaio addetto a una società metallurgica nel Périgord (Francia) riportò un trauma toracico; dopo due mesi, si rese manifesta una polmonite cronica, a lentissimo decorso, la quale ebbe esito letale dopo circa 7 mesi dall'infortunio. La vedova intentò causa contro la Ditta assuntrice e contro la Compagnia d'assicurazione, chiedendo un indennizzo per sè ed i figli, in quanto l'affezione polmonare sarebbe stata determinata dal trauma. La causa è passata per tre gradi. La richiesta non è stata accolta, in quanto non potè provarsi un rapporto causale.

A Liverpool un carro funebre si è scontrato con un tram, determinando lo spostamento della bara; non si ebbero lesioni alle persone, ma i congiunti prossimi che seguivano il feretro risentirono un'impressione sgradevole e uno shock psichico, e perciò intentarono causa per rivalsa di danni contro la « Liverpool Corporation », che gestisce l'azienda tramviaria. La Società resistette adducendo, tra l'altro, il motivo che, se dovessero accogliersi richieste del genere, le cause giudiziarie si moltiplicherebbero all'infinito. Il Tribunale di prima istanza ha ammesso che il guidatore del tram era stato negligente e che la vecchia madre del defunto e altre persone di famiglia avevano ricevuto un'impressione molto sgradevole; ma ha rigettato la richiesta d'indennizzo. La Corte d'Appello di Liverpool, invece, l'ha riconosciuta legittima e l'ha accolta, in quanto oggi la scienza medica è in grado di valutare anche i danni prodotti da shock psichici; ha ammesso però un ulteriore ricorso alla suprema autorità giudiziaria dell'Inghilterra, la Camera dei pari, che darà il giudizio definitivo.

Un'altra causa per shock psichico si è avuta a Manchester: una signora, Mary Smith, di 49 anni, si trovava ferma su di un marciapiede quando, sotto i suoi occhi, avvenne una collisione tra due veicoli; ella ne riportò una forte impressione, anche perchè le parve che una delle due macchine le si dovesse rovesciare addosso; fu necessario di ricoverarla in ospedale e poi la sua salute rimase molto scossa, tanto che ella dovette abbandonare l'impiego. Il Tribunale di Manchester ha riconosciuto che il trauma psichico era indennizzabile e la Smith ha ottenuto 2500 sterline, pari a circa 225.000 lire it. Un'Associazione di assicuratori ha assunto l'iniziativa dell'appello per la revisione del giudizio, poichè il prevalere di questi concetti porterebbe le società assicuratrici ad una rapida liquidazione, o le costringerebbe ad elevare moltissimo i premi, limitando o frustrando le finalità di esse.

Un po' dovunque.

L'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » si è adunata il 30 dicembre, sotto la presidenza del prof. C. Cantieri. Sono state fatte comunicazioni da: G. Uguccioni, C. Cantieri, S. Magni, O. Bizzarri, F. Cantieri.

Presso la Scuola d'applicazione di sanità militare di Firenze s'inizieranno, il 1° aprile, un corso per 780 allievi ufficiali medici di complemento e uno per 120 allievi chimici farmacisti di complemento; i due corsi termineranno il 14 agosto.

Un corso di perfezionamento ostetrico avrà luogo nella Clinica ostetrica « Baudelocque » di Parigi, sotto la direzione del prof. Couvelaire, dal 6 febbraio al 19 marzo; tassa d'iscrizione fr. 400 (per gli studenti fr. 300). Iscrizioni presso la segreteria della Facoltà di medicina, ovvero alla A. D. R. M., salle Béclard.

In riferimento alla nostra notizia riguardante i Corsi internazionali di perfezionamento a Berlino, ci si chiede di pubblicare che il corso « Importanza dei sintomi premonitori per una terapia e profilassi in riguardo alla popolazione lavoratrice », indetto dal 20 al 25 febbraio, non può aver luogo, per ragioni speciali.

Il 1° febbraio avrà inizio, presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli, il corso bimestrale di perfezionamento in igiene, destinato specialmente agli aspiranti ai posti di carriera sanitaria governativi, provinciali e comunali. Rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di Medicina.

Si è organizzato a Chieti un corso per infermiere familiari fasciste, presso il Comitato provinciale della C. R. I.

Nell'aula magna dell'Università di Perugia sono state rese solenni onoranze al prof. Raffaello Silvestrini, il quale ha lasciato l'insegnamento della clinica medica. Fra i discorsi pronunziati notiamo quello del rettore on. prof. Paolo Orano. Al festeggiato sono state offerte una grande medaglia d'oro dal podestà, un volume di scritti in suo onore dal preside della Facoltà, e un busto in bronzo da estimatori ed amici.

Si è iniziata la pubblicazione della « Rassegna Sociale dell'Africa Italiana »; il 1° numero, che reca la data di novembre, fa largo posto alla medicina, con articoli di N. Bonfatti (per una più alta coscienza sanitaria dei lavoratori), di R. Pergolani (problemi sanitari al Convegno Volta), di T. Sarnelli (studi italiani di oculistica tropicale) e nella rassegna. Il periodico è diretto da N. Bonfatti. Gli uffici hanno sede presso la Federazione Naz. Fascista Casse Mutue Malattia Lavoratori Industrie, Fondo Nazionale A. O. I. (Roma, via Cesare Beccaria 16).
Auguri cordiali.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha approvato una relazione contro i rumori, redatta dal prof. Tanon.

Gli « Acta Rheumatologica » hanno sospeso le pubblicazioni, in attesa di decisioni del Consiglio della Lega internazionale contro il reumatismo.

Gli « Archivos de Policia e Identificaçao » di San Paolo del Brasile, giunti ora al 2° numero, fanno molta parte alla medicina legale. Pubblicati a cura del Servizio d'identificazione dei cri-

minali, sono diretti da Ricardo Gumbleton Daunt.

L'Associazione argentina per il progresso delle scienze ha istituito 5 borse di studio per l'estero e 2 per l'interno. Assegnerà anche delle sovvenzioni a studiosi per l'esecuzione di ricerche.

Col piroscafo « Crispi » è partita alla volta dell'A. O. I. una missione scientifica, organizzata dalla Mostra Triennale delle Terre Italiane d'Oltremare di Napoli, con il concorso della R. Accademia d'Italia; essa provvederà ad eseguire studi e ricerche a carattere antropologico, etnografico e naturalistico nei territori dell'Impero. La missione è diretta dal prof. Lidio Cipriani della R. Università di Firenze, Direttore dell'Istituto e del Museo Nazionale di Antropologia e Etnologia, accompagnato dal suo assistente dott. Cei.

Il 4 gennaio, proveniente da Cadice, è arrivata A Napoli la nave ospedale « Aquileja », recante a bordo 36 ufficiali, 39 sottufficiali e 299 soldati feriti o malati, reduci dalle ultime battaglie sull'Ebro e sul fronte della Catalogna. Sono stati ricoverati negli ospedali di Napoli e di Caserta. Lo sbarco è stato festoso.

Il Duce ha disposto che metà della somma consegnatagli dal dott. M. Romeo, secondo il volere del defunto genitore, cioè lire 100.000, vengano assegnate all'Istituto romano dei fanciulli minorati fisici.

La Principessa Maria di Savoia si è recata al Dispensario antitubercolare del Governatorato di Roma « Umberto I e Margherita di Savoia », per la distribuzione ai 60 bambini predisposti che vi sono ricoverati, di doni offerti dalla Regina Imperatrice nonchè dal Governatorato, dal Ministero della Real Casa e dai medici.

Gli italiani della Tunisia, di tutte le condizioni hanno fatto pervenire, proprio durante il soggiorno del Presidente del Consiglio, il loro contributo all'erigendo nuovo ospedale italiano: sono stati elargiti 307.395 franchi i quali, aggiunti alla somma raccolta precedentemente, hanno permesso di superare il milione.

A Genova un'autoambulanza della Croce Rossa, in cui erano due militi, si è scontrata con un'automobile privata, che investiva una passante; questa poco dopo decedeva in ospedale: fu identificata per una spagnola; rimanevano feriti i due militi e il conducente dell'auto.

Si ha notizia di voli in aeroplano eseguiti per guarire la tosse convulsa; in Germania l'esperimento è stato eseguito, per la prima volta, a Stoccarda, da parte del direttore della fabbrica di aeroplani Klemm, nei riguardi del proprio bambino, guarito dopo tre voli. Egli ha messo a disposizione dell'Ufficio di sanità pubblica alcuni apparecchi per altre applicazioni.

Il prof. Ferruccio Schupfer ha donato alla Clinica medica dell'Università di Firenze la sua biblioteca personale, che è una delle più specializzate e ricche.

Il prof. A. Bertino ha donato 50 milligrammi di radium (solfato) alla Clinica ostetrica di Sassari.

L'on. prof. Amedeo Perna ha tenuto a Napoli una conferenza sui rapporti fra le malattie della bocca e le malattie generali.

Il prof. G. B. Allaria ha tenuto, nell'aula magna dell'Università di Torino, una conferenza sul tema: « Impostazione, continuità e sviluppi dell'azione del Regime in difesa della razza ».

Si annunzia che i medici cecoslovacchi hanno cominciato ad eliminare dalle loro file i medici non ariani.

Si ha notizia di un nuovo supermicroscopio costruito a Richmond (Virginia, Stati Uniti).

Il 1° gennaio ha cominciato a funzionare in Buenos Aires (Bustamande 1647) il Sanatorio « San José », della Federazione dei Circoli cattolici di operai; comprende sei consultori ed è capace di 70 pazienti.

A New York, durante la giornata di Natale, si sono avuti 263 decessi per cause violente: infortuni automobilistici, intossicazioni alcooliche, colpi d'armi da fuoco, ecc.

I giornali hanno dato notizia di una famiglia di Copenaghen, che stava per essere avvelenata in seguito all'errore di un farmacista, salvata all'ultimo momento per mezzo della radio.

Ne « La Nazione » del 28 dicembre U. Viviani avanza delle riserve sul bozzetto di un monumento a Giovanni Rajberti, allestito dallo scultore prof. Alfeo Bedeschi in seguito alla nota iniziativa dello Spallicci. Il celebre medico letterato viene raffigurato come un giovanottone intorno ai 25-30 anni, che si guarda la gamba sinistra, su cui tenta di arrampicarsi un gattino; egli risulta non grasso, mentre notoriamente apparteneva alla categoria dei pingui... Anche nella statua di Alessandro Puttinati G. R. è ritratto da giovanotto; ma almeno è alquanto paffuto...

A Milano il dott. Riccardo Oriani, medico reputato, è morto mentre si trovava nell'ascensore della sua abitazione. Contava 58 anni. Dal 1919 è stato medico della signora Augusta Mussolini.

A Losanna il dermatologo dott. Mean è stato ucciso a colpi di rivoltella dallo studente in medicina Grümberg, ebreo polacco, il quale a sua volta si uccideva.

A Napoli la Polizia ha sequestrato le carni di duecento agnelli, in stato di iniziale putrefazione, cedute a beccai della periferia, e le ha distrutte. Ha operato due arresti e compiuto varie denunzie di responsabili.

Un'epidemia di tifo esantematico si è manifestata in alcuni centri della provincia di Kielce, in Polonia. Le autorità sanitarie hanno individuato i focolai d'origine nei ghetti di Wodzislaw, Muenchow e Jendrzeiow. Si è provveduto all'immediata chiusura di scuole, di due sinagoghe, di ventisei case di preghiera, di uno stabilimento di bagni rituali e di trenta negozi; a numerosi commessi in contatto col pubblico, si sono prescritti bagni di pulizia e il taglio della barba.

I giornali hanno dato notizia, da Copenaghen, dell'arresto di un giovane 25enne, tale Nilsen, che in alcuni ospedali aveva praticato felici operazioni chirurgiche. Egli non aveva seguito che un corso per corrispondenza sul pronto soccorso... È risultato che aveva avuto straordinaria passione per la medicina, ma non aveva potuto studiarla, per mancanza di mezzi. I giornali danesi hanno lanciato l'idea di una pubblica sottoscrizione, che permetta al Nilsen, appena uscito dal carcere, di compiere studi regolari.

È morto a Praga, in età di 61 anni, il prof. VACLAV LIBENSKI, reputato cardiologo: si occupò in specie della ipotensione arteriosa, delle aortiti luetiche, degli accidenti cardiaci post-operatori e della prevenzione di essi. Fondò la Società cardiologica cecoslovacca e due istituti cardiologici.

È morto, in età di 45 anni, il dott. AMERICO GARIBALDI, medico del presidente della Repubblica del Perù S. E. Benavides.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 14 al 20 novembre 1938 (dati provvisori): Morbillo 188 (934); Scarlattina 129 (343); Pertosse 94 (234); Difterite 350 (682); Varicella 92 (188); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea e Infezioni paratifiche 458 (943); Febbre ondulante 45 (52); Dissenteria 10 (12); Parotite epidemica 54 (185); Febbre puerperale 42 (42); Meningite cerebro-spinale epidemica 15 (16); Poliomielite anteriore acuta 42 (66); Encefalite letargica 1 (1); Leishmaniosi 3 (10); Anchilostomiasi 7 (15); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 60 (106), dichiarata — (—); Pustola maligna 19 (20); Pellagra — (—).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

British Med. Journ., 1 ott. — TURNER. Appendicite acuta. — SORSBY. Immunizzaz. antidift. a Londra. — LAKE. Infezioni della mano e dita.

Edinburgh Med. Journ., ott. — STUART. Trattam. delle emorroidi. — THOMSON. La malattia streptococcica.

Med. Klin., 30 sett. — MARTIUS. Trattam. dell'incontinenza di urina nella donna. — BRANDT. Ipertrofia prostatica e suo trattam.

Presse Méd., 21 sett. — A. FERRANNINI. La terapia vascolare nella insuff. aort. e mitrale. — AUDIER e HAIMOVICI. Le gangrene degli arti, di origine venosa.

Praxis, 22 sett. — Editoriale. Lavori recenti sulle nefriti.

British Med. J., 24 sett. — HARRIS. La prognosi negli stati ansiosi. — DROLLER. Il mandelato di calcio nelle infez. urin.

Brit. J. Urology, sett. — RETLEY-ABREHAMSEN e AALKLER. La pseudouremia dei prostatici.

Med. Welt., 24 sett. — HOLLMANN. Surreni e vecchiaia. — BICKEL. La curva alcoolemica alimentare.

Münch. m. Woch., 23 sett. — HEISER. La resez. elettro-chir. transuretr. della prostata. — HONRAUD. Rapporti fra varicella e zoster.

Arch. Int. Med., sett. — MURPHY ed al. Nefrosi lipoidica. — MARBLE. La resistenza insulinica. — ROSENBERG ed al. Malattia arteriosa diffusa con ipertensione.

Paris Méd., 24 sett. — PROUZET. Le pleuriti ascell. incistate.

Giorn. batt. e immun., sett. — CHIAROTTI. Gonodeviazione e contagiosità della donna.

Scalpel, 24 sett. — PARISEL. Le epifisiti vertebr.

Journ. Am. Med. A., 10 sett. — HERRICK. Caratteristiche della diagnosi odierna. — TWISS e BARNARD. Disturbi del tratto biliare associati a disturbi del metabolismo colesterinico. — SAKO e PLATON. La sulfanilamide nella scarlattina.

Osp. Magg., luglio. — CERRI. Il conteggio degli elementi figurati nelle urine.

Wiener Kl. W., 23 sett. ANTOINE. Diabete e gravidanza. — LIMMERMANN-MEINZINGEN. Rapporti fra disturbi di circolo e stati patol. nel tratto gastro-int.

Folia med., 15 ag. — CAPANI. Azotemia ipocloremica.

Acta Med. Scand., N. II-IV. — RICD. Metodi di terapia della neuralgia del trigemino. — BRUDEMAN e HEERES. La tolleranza all'alcool. — SALVESEN. Febbre reumatica e nefrite.

Rinasc. Med., 15 sett. — FABRIZIO. La stovarsolo-terapia nella par. progr.

Rif. Med., 10 sett. — COLARUSSO e BERAHA. Az. dell'acetilcolina sulla glicemia.

C. Blatt. f. inn. Med., 24 sett. — O. MEYER. Trattam. dell'encefalite letargica.

Med. Klinik, 23 sett. CURSCHMANN. Pressione sang. e sist. endocrina. — GRUNKE. Valore diagnostico della puntura sternale.

Lancet, 24 sett. — NICOLAE e AGASSIZ. Diagnosi radiolog. delle compl. e forme atipiche della polmonite. — HADFIELD. Il polm. reumatico.

Deut. M. Woch., 23 sett. — BENNINGHOFF. Unità e formazione di sistemi nell'organismo. — FISCHLER. La malattia dei depositi di glicogeno — MEYER. La magrezza.

Klin. Woch., 24 sett. — JERSILD e ELMBY. Metodi per la determinaz. della resist. capillare. — GLATZEL. La meningite benigna linfocitaria. — MÜLLER e BUCHWALD. Fisiopatologia del ricambio lipidico intermediario.

Am. J. Obst. Gyn., sett. — GOODALL e POWER. Allergia viscerale. — STANDER. Cardiopatia e gravidanza. — RÖNSHEIM. Mortalità infantile.

Presse Méd., 24 sett. — MARANON. Localizzazioni extracutanee del mixedema. — SIGAULT e MESSERLIN. La malattia palustre: reticolo-endoteliosi parassitarie.

Gaz. Hôp., 21 sett. — GRINDA. Trattam. delle fratture rotulee.

Id., 24 sett. — Num. commem. per il centenario di Broussais.

Riv. San. Sicil., 15 sett. — FAVALORO. Lotta integrale contro il tracoma.

Proc. Mayo Clin., 31 ag. — BARGON-DIXON. L'enterite regionale.

Giorn. Clin. Med., sett. — RIZZI. Studio di malformazioni cardiache. — FATTOVICH. Lesioni vascolari del cervelletto.

Urologia, giugno. — CHARLES e HIGGINS. Recidive di calcoli renali.

Presse Méd., 28 sett. — COSTE e METZGER. La vitamina B_1 nel trattamento delle algie. — HAGIESCO e al. L'acido ascorbico nell'asma polm.

Münch. M. W., 30 sett. — BRANN. L'operazione della cataratta senile. — GAUSS. La gonorrea femminile. — KNEER. L'aborto abituale.

Z.Blatt. inn. M., 1 ott. — ROSEGGER. Le diatesi emorragiche.

Z.Blatt. f. Chir., 1 ott. — Num. dedicato all'infortunistica.

Prensa Med. Arg., 7 sett. — CASTEX e DI VIÖ. Su 170 casi di claudicazione intermittente.

Pediatria, 1 sett. — ZAMBRANI. L'allevamento dei gemelli nei primi mesi di vita.

Wiener K. W., 30 sett. — SIEGMUND. Le tossicosi gravidiche. — ANERSPERG. Il problema del dolore ed il sist. neuro-veg.

Royal Soc. Med., sett. — SCADDING. La polm. cronica. — YOUNG. Rapporti fra anteipofisi e diabete mell. Discussioni sulla immunità ai parassiti animati.

Bull. Méd., 24 sett. — SOHIER e HENRY. Le infez. umane da paratifo C. — BONNET ed al. Meningite da bac. di Pfeiffer.

Journ. prat., 24 sett. — COURTOIS. I disturbi funzionali in ostetricia.

Pathologica, 15 sett. — CIMINO. L'ossalemia nelle affezioni chirurgiche.

Ann. Ist. Forlanini, luglio-ag. — GUGLIELMETTI. Il pneumoperit. nei disturbi addom. da versamento pleurico.

Klin. Woch., 1 ott. — BERGER. L'iperfunzione del pancreas. — KEMKES e STEIGLER. La chemioterapia della polm. — TORNACK. Valore dei clisteri glucosati.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 23 Gennaio 1939 - XVII — Num. 4

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Chirurgica della R. Università di Napoli
Direttore: prof. L. TORRACA.

Sul valore della prova della santonina per la esplorazione funzionale del fegato.

Dott. D. SALSANO, assistente volontario.

Per lo studio della capacità funzionale del fegato sono stati escogitati numerosi metodi, dei quali, se molti sono pregevoli per la precisione e la fedeltà con la quale, in linea di massima, rispondono allo scopo, pure quasi tutti hanno qualche lato debole: o perchè un po' complessi, tali da non essere alla portata di tutti, o perchè più di una volta falliscono. La ricerca di un metodo semplice, alla portata del medico pratico e, nello stesso tempo preciso e sicuro, è stato sempre l'obbiettivo degli AA. che si sono occupati della questione. In questi ultimi anni a Moukhtar e Djévat è sembrato di aver trovato un metodo di indagine per la funzione antitossica del fegato, che risponderebbe, pur con le opportune riserve, per determinati casi, ai requisiti suddetti.

Il metodo è molto semplice; è basato sulla capacità che ha il fegato di proteggere l'organismo contro sostanze tossiche che vengono in esso introdotte, trasformandole in altre meno tossiche od innocue; e consiste nel somministrare per via orale, a digiuno ed a vescica vuota, due centigrammi di santonina. Cominciando dopo un'ora dalla ingestione, e per nove ore consecutive, si raccolgono nove campioni di urina, e vi si ricerca, nella giornata e colle modalità che saranno descritte, l'ossisantonina eventualmente presenta. Dosando con metodo colorimetrico tale ossisantonina, si riesce a costruire la curva di eliminazione. Questa normalmente non si eleva al di sopra del grado III; negli epatopazienti invece oltrepassa il III e può assumere diversi aspetti che sono stati classificati in tre tipi da Vannucci e Ferrari: un primo tipo in cui la eliminazione dell'ossisantonina si inizia già dopo la prima ora, aumenta progressivamente ed uniformemente fino alla 4ª ora, per ridiscendere poi

Casi N°.	Nome	Età	Malattia	Prima o dopo l'operazione	CURVA DI ELIMINAZIONE								
					Dop 1 ora	Dopo 2 ore	Dopo 3 ore	Dopo 4 ore	Dopo 5 ore	Dopo 6 ore	Dopo 7 ore	Dopo 8 ore	Dopo 9 ore
1	Fr. G.	34	Colecist. ed appendicite cronica	Prima	II	IV	V	V	V	V	IV	III	III
				Dopo	IV	V	V	VI	V	V	IV	IV	III
2	D. R.	36	Colecist. calcolosa	Prima	II	III	V	V	V	IV	IV	II	II
				Dopo	I	III	IV	III	II	II	II	II	II
3	B. F.	51	Append. e colecist.	Prima	I	III	III	IV	III	III	II	II	I
				Dopo	II	II	IV	III	III	II	II	I	I
4	Cl. G.	31	Appendicite e pericolecistite	Prima	II	III	III	III	III	II	II	II	I
				Dopo	II	II	II	IV	—	III	II	II	II
5	P. A.	29	Colecist. e append.	Prima	III	III	IV	II	II	II	II	II	II
				Dopo	II	II	IV	III	II	II	I	I	I
6	G. A.	49	Colecist. subacuta	Prima	IV	IV	V	IV	III	III	II	II	II
				Dopo	II	III	IV	III	III	III	II	II	II
7	M. N.	45	Pericolecistite	Prima	II	IV	IV	III	I	II	III	III	II
				Dopo	I	II	III	II	IV	III	III	III	III
8	G. A.	32	Ittero catarrale	Prima	II	II	II	III	IV	V	III	III	I
				Dopo	I	II	II	II	II	III	III	II	I
9	G. G.	30	Litiasi biliare	Prima	I	III	IV	IV	III	III	IV	II	II
10	F. V.	22	Appendicite.	Prima	I	I	II	III	III	II	II	II	I
				Dopo	I	I	II	III	III	III	II	II	II
11	M. G.	38	Appendic. cronica	Prima	I	II	III	III	III	0	0	I	II
				Dopo	0	I	II	II	II	III	II	I	0
12	E. P.	24	Appendic. cronica	Prima	I	III	II	I	II	II	II	II	II
				Dopo	0	III	III	III	IV	III	III	II	II
				Dopo	0	I	I	I	II	—	II	II	III
13	Del G.	44	Ulcera duodenale	Prima	0	I	I	I	I	II	III	IV	II
				Dopo	0	III	III	III	II	II	II	III	III
14	De M. V.	39	Ulcera duodenale penetrante nel pancreas	Prima	I	I	I	II	III	III	IV	V	V
				Dopo	I	III	II	II	III	II	I	I	I
15	M. O.	54	Ulcera duoden. con periduodenite	Prima	0	I	IV	IV	—	III	III	III	III
16	P. A.	47	Ulcera gastr. con appendicite	Prima	0	I	I	III	III	II	I	I	I
				Dopo	0	I	I	I	II	II	I	I	I
17	M. G.	4	Linfoma regione inguino crurale e fossa iliaca a sinistra.	Prima	I	II	III	III	IV	III	III	III	II
				Dopo	—	II	I	III	IV	III	IV	III	II

Albumina	Zucchero	Urobilina	Pigmenti biliari	Sedimento	Volume del fegato	OSSERVAZIONI (tipo di intervento, metodo di anestesia ecc.)
ass.	ass.	pres.	pres.	norm.	leggerm. ingrand.	colecistectomia ed appendi-
ass.	ass.	pres.	pres.	norm.	leggerm. ingrand.	cectomia in etere narcosi
ass.	ass.	pres.	ass.	norm.	normale	colecistendesi in etere-narcosi
ass.	ass.	pres.	ass.	norm.	normale	dopo 3 giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	appendicectomia e colecistolisi in etere-narcosi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo 2 giorni
ass.	ass.	ass	ass.	norm.	normale	appendicectomia e colecistolisi in etere-narcosi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo 2 giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	appendicectomia e colecistolisi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	in etere-narcosi
ass.	ass.	tracce	tracce	norm.	normale	colecistectomia in anestesia lo-
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	cale e etere-narcosi
ass.	ass.	ass.	tracce	norm.	leggerm. ingrand.	laparatomia esplorativa in a-
ass.	ass.	ass.	tracce	norm.	leggerm. ingrand.	nestesia locale
tracce	ass.	pres.	pres.	norm.	ingrandito	uroformina endovenosa
tracce	ass.	tracce	tracce	norm.	leggerm. ingrand.	ittero quasi scomparso, dopo 20 giorni
tracce	ass.	pres.	pres.	norm.	ingrandito	coledocotomia in etere-narcosi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	appendectomia in anestesia locale novocainica
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo nove giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	lieve ingrandim.	appendectomia in etere-narcosi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	lieve ingrandim.	dopo otto giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	appendectomia in etere-narcosi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo otto giorni; si è vuotata vasta raccolta di ematoma suppurato
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo quindici giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	resez. gastr. in anestesia basale con dilaudid ed etere-narcosi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo 18 giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	resezione gastr. in anestesia locale novocainica, completata da etere-narcosi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo 14 giorni
tracce	ass.	tracce	ass.	norm.	lieve ingrandim.	gastrodigiunostomia in anestesia basale con dilaudid ed etere-narcosi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	gastrodigiunostomia ed appendectomia in eterenarcosi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo 3 giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	biopsia in anestesia locale novocainica
ass.	ass.	tracce	ass.	norm.	normale	dopo 3 giorni

Casi N°.	Nome	Età	Malattia	Prima o dopo l'operazione	CURVA DI ELIMINAZIONE Dopo 1 ora	Dopo 2 ore	Dopo 3 ore	Dopo 4 ore	Dopo 5 ore	Dopo 6 ore	Dopo 7 ore	Dopo 8 ore	Dopo 9 ore
18	S. A.	51	Neoplasma del cieco e del colon ascendente.	Prima	0	I	II	II	IV	IV	III	IV	III
				Dopo	I	II	III	IV	IV	IV	III	III	II
19	V. F.	48	Carcin. della mammella e gozzo.	Prima	I	I	II	II	II	II	II	I	I
				Dopo	0	I	II	III	II	II	II	I	I
20	Di G. G.	53	Miofibroma uterino e cisti ovarica destra con appendicite.	Prima	I	I	I	I	II	II	III	III	III
				Dopo	I	III	IV	III	II	III	III	II	III
21	R. F.	21	Gozzo	Prima	I	II	IV	IV	III	II	III	I	0
				Dopo	I	IV	IV	III	V	V	IV	II	II
					0	II	II	II	II	II	0	0	III
22	M. V.	20	Gozzo parenchimatoso	Prima	I	II	I	II	II	II	II	II	II
				Dopo	0	I	II	III	III	II	III	II	II
				Dopo	I	II	III	II	II	II	II	II	II
23	B. A.	48	Ernia crurale; ipertr. collo utero	Prima	0	0	I	I	II	I	I	I	I
				Prima	II	III	II	I	I	I	0	I	I
				Dopo	I	III	II	II	III	II	I	I	II
24	L. G.	24	Ernia inguino-scrotale a sin.	Prima	I	II	II	III	III	III	III	III	0
				Dopo	I	IV	II	II	IV	IV	III	III	I
25	C. V.	32	Ernia inguin. d.	Prima	0	I	I	II	I	I	I	I	0
				Dopo	0	0	I	I	II	II	II	I	—
26	C. A.	32	Ernia inguinale	Prima	I	II	II	II	III	III	II	II	II
				Dopo	I	I	III	III	II	II	I	II	II
27	C. F.	41	Emorroidi	Prima	I	I	II	III	III	III	IV	III	II
28	C. G.	27	Emorroidi e fistole perianali	Prima	I	III	II	III	III	II	III	II	II
				Dopo	I	II	II	I	II	I	III	II	II
29	C. P.	28	Ascesso polmonare	Prima	0	I	III	—	IV	III	III	II	II
				Dopo	I	I	II	II	—	II	II	III	III
30	D'A. G.	43	Tb. ghiandolare inguinale	Prima	I	II	III	IV	III	II	II	I	I
31	L. M.	49	Calcolosi renale	Prima	I	II	II	III	III	II	II	II	I
32	E. A.	33	Endometrite	Prima	0	I	II	I	I	I	II	II	II
33	A. S.	36	Osteomielite cronica angolo mandibola, riacutizzata	Prima	I	II	I	II	III	IV	IV	IV	IV
				Dopo	0	II	II	II	II	II	II	III	III

Albumina	Zucchero	Urobilina	Pigmento biliari	Sedimento	Volume del fegato	OSSERVAZIONI (tipo di intervento, metodo di anestesia ecc.)
ass.	ass.	tracce	tracce	norm.	normale	ileotrasversostomia in anestesia locale
ass.	ass.	tracce	tracce	norm.	normale	dopo 20 giorni dall'operazione
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	amputazione della mammella in anestesia basale con dilaudid
ass.	ass.	ass	ass.	norm.	normale	dopo 6 giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	istrectomia sublotale, ovariectomia ed appendectomia, in anestesia basale con dilaudid ed eterenarcosi
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo 9 giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	strumectomia in anestesia locale
ass.	ass.	ass.	tracce	norm.	normale	dopo 2 giorni
ass.	ass.	ass.	ass	norm.	normale	dopo 28 giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	strumectomia in anestesia locale
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo 3 giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo 8 giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	notevole poliuria, peso specifico: 1008
ass.	ass.	ass	ass.	norm.	normale	operazione radicale; operazione di Schroeder; anestesia locale
ass	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo 13 giorni
ass.	ass	ass.	ass.	norm.	normale	operazione di Bassini in anestesia locale
ass.	ass.	ass.	tracce	norm.	normale	dopo sette giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	operazione di Bassini in anestesia locale novocainica
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo cinque giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	operazione di Bassini in anestesia locale novocainica
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo tre giorni
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	rifiuta l'intervento
ass.	ass.	ass.	ass	norm.	normale	escissione in rachianestesia novocainica
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo quattro giorni
ass.	ass.	ass.	tracce	norm.	normale	cura ricostituente, alcool endovena
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	dopo quindici giorni di cura
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	non è operato
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	non è stato operato
ass.	ass.	ass.	ass.	norm.	normale	
ass.	ass.	pres.	pres.	norm.	debole ingrandim.	è un luetico. In etero-narcosi: sequestroctomia
ass.	ass.	ass.	tracce	norm.	debole ingrandim.	dopo quindici giorni

altrettanto uniformemente fino alla nona ora; un secondo tipo nel quale la eliminazione avviene in modo irregolare ed intermittente (curva a cuspidi); un terzo tipo in cui l'eliminazione raggiunge rapidamente un alto grado, mantenendosi poi costantemente ad un alto livello fino ad oltre il limite della prova (curva pianeggiante). Il metodo suddetto ha destato un certo interesse, e già sono parecchi gli AA. che di esso si sono occupati (Vannucci e Ferrari, Fernandez, Fucci, Carrière, P. Martin e S. Dufossé, Delfino, Esposito e Fucci, ecc.). Non regna però l'accordo sul reale valore da attribuire alla prova della santonina, e, mentre la maggioranza degli AA. lo definisce un buon metodo pratico che può trovare posto tra gli altri del genere, ve ne è qualcuno che vorrebbe togliere ad esso quasi ogni valore; qualche altro poi (Fucci) non è completamente d'accordo cogli AA. sul reale destino della santonina.

Vannucci e Ferrari nel 1934 hanno studiato la prova della santonina in individui sani, epatopazienti e portatori di malattie varie. In molti malati hanno ripetuta la prova durante le varie fasi della malattia per meglio controllarne il valore; a questo scopo, in alcuni casi hanno praticato anche altre prove di funzionalità epatica. Sono giunti alla conclusione che i risultati collimano, nel loro complesso, con quelli ottenuti dagli AA. che hanno ideato il metodo.

Fernandez ha pure esaminato esaurientemente la prova suddetta e ne conclude che essa, senza essere definita superiore alle altre mille proposte, può e deve essere utilizzata come un'altra che viene a completare il giudizio diagnostico di un malato.

A risultati non del tutto incoraggianti è giunto invece Delfino che ha constatato come non in tutti i casi di lesioni epatiche i valori della prova corrispondono a quelli esposti da Moukhtar e Djévat.

Carrière, P. Martin e Dufossé sono giunti invece a risultati migliori: essi hanno costatato che, in linea generale, i risultati della prova hanno coinciso colla clinica. Però i detti AA. non vogliono giungere a conclusioni definitive basandosi sui pochi casi studiati e si propongono di continuare a sperimentare la prova istituendo anche ricerche in cui la santonina viene introdotta, in debole soluzione alcoolica, direttamente nel circolo sanguigno. Si riservano quindi di fare ulteriori comunicazioni.

Il Fucci, in un suo lavoro comparso nel 1935, riferendo i risultati delle indagini condotte su un numero grande di malati, definisce il metodo in esame come una prova pratica, alla portata del medico anche non specializzato nelle ricerche di laboratorio; nel 1936, in un secondo lavoro eseguito in collaborazione con Esposito, ha voluto controllare il valore della prova in esame negli affetti da malaria di recente contratta, i quali avevano note indubbie di risentimento epatico, ed ha ottenuto costantemente curve di eliminazione patologiche.

Stando così le cose, ho creduto non del tutto inutile controllare il valore della prova della santonina negli ammalati ricoverati nella clinica chirurgica, cercando di indagare se la suddetta prova riesce a svelarci le eventuali modifiche del potere antitossico del fegato dopo interventi i più diversi.

Ho condotto le ricerche nelle più varie malattie chirurgiche, evitando solo quei casi in cui l'esame accurato delle urine rivelava una seria lesione del rene. Nella esecuzione del metodo mi sono strettamente attenuto alle modalità descritte dagli ideatori di esso: al mattino, a digiuno, somministravo 2 centigr. di santonina all'infermo, dopo essermi assicurato che la vescica era vuota, e, dopo un'ora, raccoglievo il primo campione di urina; successivamente raccoglievo, a distanza di un'ora l'uno dall'altro, gli altri 8 campioni. Subito dopo la raccolta dei 9 campioni procedevo al dosaggio della ossisantonina col metodo colorimetrico: su un sostegno a due piani ponevo nove provette numerate per piano. Nelle provette del piano superiore versavo 5 cmc. di ciascun campione di urina, facendo in modo che il numero della provetta corrispondesse a quello del campione di urina da cui facevo il prelevamento dei 5 cmc. Nelle provette del piano inferiore versavo due cmc. di urina e poi aggiungevo tre cmc. di soda 36° Baumé diluita a parti uguali con acqua distillata. L'ossisantonina contenuta nelle urine acquistava, in contatto colla soluzione di NaOH, un colore rosso giallastro più o meno carico. Successivamente passavo al dosaggio colorimetrico dell'ossisantonina:

In altro supporto avevo preparato la scala campione seguendo il seguente schema: soluz. madre: cmc. 5 di soluzione alcoolica di eosina in cmc. 5 di acqua distillata. Soluz. figlia cmc. 5 di soluzione madre in cmc. 5 di acqua distillata.

Scala campione.

Provetta I: 5 cmc. acqua distillata + 3 gocce sol. figlia;

Provetta II: 5 cmc. acqua distillata + 10 gocce sol. figlia;

Provetta III: 5 cmc. acqua distillata + 50 gocce sol. figlia;
Provetta IV: 5 cmc. acqua distillata + 5 gocce sol. madre;
Provetta V: 5 cmc. acqua distillata + 15 gocce sol. madre;
Provetta VI: 5 cmc. acqua distillata + 25 gocce sol. madre.

La scala campione è stata preparata sempre al momento dell'uso. Nell'eseguire la lettura si è sempre avuto cura di porre dietro la provetta colla soluzione di confronto la provetta di urine e, dietro la provetta da esaminare, una provetta con acqua distillata. La lettura veniva, in tal modo, molto facilitata e si ovviava alla causa di errore dovuta alla presenza eventuale di pigmenti biliari, ematici, ecc., che ostacolano l'esatto rilievo colorimetrico dell'ossisantonina.

Per ciascuna urina poi ho fatto altre indagini onde assicurarmi della perfetta funzionalità renale (ricerca dell'albumina, dello zucchero, dell'urea, dei cloruri, lettura del centrifugato, ecc.); ho ricercato inoltre costantemente anche i pigmenti biliari e l'urobilina. I risultati delle varie ricerche ed alcuni dati clinici riferentisi al fegato, sono schematicamente riportati nelle annesse tabelle. In queste è riferito anche la terapia che l'infermo ha avuto (tipo di anestesia, operazione, eventuale cura medica, ecc.). Le indagini sono state condotte su 33 ammalati che si possono dividere in vari gruppi. Nelle affezioni epatiche la prova ha dato risultati positivi nelle forme in cui si presumeva, dai dati clinici e da altre ricerche, che il parenchima epatico era leso nelle sue funzioni antitossiche. Esempio: caso n. 1 in cui la prova è risultata positiva sia prima che dopo l'intervento condotto in anestesia mista. In tale malato erano presenti i pigmenti biliari nelle urine. Nel caso n. 7 la prova è riuscita positiva prima dell'operazione e subito dopo; ripetuta però a distanza di 16 giorni è risultata negativa, segno che il fegato dopo l'intervento, ha migliorato nella sua funzionalità. Ed anche nel caso n. 8 i risultati della prova sono stati buoni nel senso che dopo vari giorni di terapia medica che avevano fatto scomparire l'ittero, la curva è divenuta negativa. In tre appendicitici cronici la curva è risultata sempre normale, sia prima che dopo l'operazione; solo in uno (caso n. 12) è divenuta leggermente patologica. In casi di ulcere gastroduodenali si è avuta curva patologica prima dell'intervento e normale dopo.

In 4 casi di neoplasmi la curva è stata patologica in 2 sia prima che dopo l'operazione, e si è trattato: nel malato n. 17 di enorme linfoma della regione inguino-crurale, nel n. 18 di tumore del cieco con cachessia grave. Negli altri 2 la curva è stata normale prima e dopo dell'operazione. Di 2 casi di gozzo, in uno (n. 21) la curva è riuscita patologica sia prima che dopo l'intervento, ma in esso, a distanza di quasi un mese dall'operazione è tornata normale; nell'altro è stata sempre normale. Gli altri 11 casi, nei quali si è trattato di varie affezioni chirurgiche, hanno presentato una prova che ha risposto bene, nel senso che la curva è risultata quasi sempre normale, in concordanza con lo stato generale degli ammalati e coi risultati delle altre indagini. Solo in alcuni di essi la curva è stata patologica prima dell'operazione e si è trattato di affezioni in cui il risultato è perfettamente spiegabile. Es.: caso n. 29 (ascesso polmonare); caso n. 33: osteomielite cronica della mandibola e lue terziaria. Ed anche la curva leggermente patologica del caso n. 27 è spiegabile, a mio avviso, trattandosi di emorroidi: l'emorroidario infatti è spesso un ipoepatico.

Per ciò che riguarda il destino della santonina il Fucci non è d'accordo cogli altri AA. Egli osserva che se si volesse dare la interpretazione fino allora accettata, l'ossisantonina « prodotto biologico di ossidazione della santonina ad opera della cellula epatica, verrebbe eliminata, nell'unità di tempo, in quantità maggiore negli epatopazienti che in quelli sani »; e, mentre Vannucci e Ferrari spiegano ciò come solo in apparenza contraddittorio, perchè normalmente la santonina verrebbe completamente distrutta nell'organismo; l'ossisantonina sarebbe uno scalino dei processi disintegrativi ed ossidativi. Al Fucci invece appare strano come « l'arresto dell'azione disintegrativa ed ossidativa si faccia ad un livello sempre costante e proprio in corrispondenza della formazione della ossisantonina ». Egli, tenuto conto che la prova dell'idrato di sodio è in comune sia alla santonina che all'ossisantonina, ha applicato i metodi colorimetrici di differenziazione della santonina e dell'ossisantonina nelle urine. Nei casi di fegato normale e di comportamento normale della curva, ha ottenuto sempre una reazione positiva per l'ossisantonina e negativa per la santonina; nei casi di fegato leso invece, con curva di eliminazione patologica, le reazioni per l'ossisantonina sono risultate spesso negative nei campioni di urina con alto grado di concentrazione colorimetrica specifica, mentre quelle per la santonina sono risultate positive. Ne conclude che: mentre nelle condizioni fisiologiche la santonina attraverso meccanismi disintegrativi ed ossidativi, è distrutta ed eliminata, anche coll'aiuto del circolo entero-epatico, e compare, in modica quantità, come ossisantonina prodotto intermedio di ossidazione; in

condizioni patologiche di deficiente potere antitossico epatico, una parte sola della santonina subisce i processi ossidativi di difesa, mentre il resto compare nelle urine come tale od in combinazione salina dopo aver oltrepassato la barriera epatica.

Dopo quanto sopra è detto, ho voluto anche io, in alcuni dei miei malati, specie nei casi a curva patologica, sincerarmi della cosa servendomi degli stessi metodi qualitativi colorimetrici di differenziazione dell'ossisantonina dalla santonina, di cui si è servito il Fucci. Anche a me è riuscito di dimostrare la presenza della santonina in curve patologiche. Mi aveva colpito il fatto che nei casi a curva normale, ripetendo la lettura dopo due o tre ore, l'intensità di colorazione era diminuita, mentre ciò non si verificava nelle curve molto patologiche. Ciò si spiega colla labilità della ossisantonina, presente nelle curve normali, in confronto della santonina molto più stabile.

CONCLUSIONI.

Dai risultati ottenuti credo poter formulare le seguenti conclusioni:

1) la prova della santonina è di tecnica semplice e perciò ha un reale valore pratico, essendo alla portata anche del medico non specializzato nelle ricerche di laboratorio.

2) ha un reale valore clinico, come indagine sul potere antitossico del fegato, purchè non si tratti di casi con evidente lesione renale, le urine non contengono sostanze medicamentose, non vi sia grave dispepsia, tale da impedire o ridurre l'assorbimento della santonina;

3) l'intervento chirurgico produce, a volte, un abbassamento della funzione antitossica del fegato.

Consegnato in Redazione il 15 ottobre 1938.

RIASSUNTO.

L'A. ha sperimentato la prova della santonina, per lo studio della funzione antitossica del fegato, in 33 ammalati ricoverati nella Clinica Chirurgica dell'Università di Napoli. Ha eseguito tale prova prima e dopo l'operazione, giungendo alla conclusione che essa ha valore nella pratica clinica solo negli ammalati con reni sani o quasi e senza turbe gastrointestinali, che limiterebbero l'assorbimento della santonina.

BIBLIOGRAFIA.

CABRIÈRE, P. MARTIN et DUFOSSÉ. Bull. de l'Ac. de Méd. n. 23, 1935.

ID., ID., ID. *La prova della santonina per la esplorazione funzionale del fegato.* Archiv. des Maladies de l'App. Dig. n. 2, 1936.

DELFINO V. *Contributo allo studio della funzionalità epatica colla prova della santonina.* Pathologica, 15 febbraio 1936.

ESPOSITO G. e FUCCI N. *L'esplorazione funzionale del fegato nella malaria recente con la prova della santonina di Moukhtar e Djévat.* Giornale Italiano di malattie esotiche e tropicali, n. 4 e 5, 1936.

FERNANDEZ. Arch. des Mal. de l'Appareil dig., giugno 1935.

FUCCI N. *Su un nuovo metodo di esplorazione della funzione antitossica epatica con la santonina.* La Clinica Medica Italiana, n. 7, 1935.

MICHETTI G. e BARTOLINI B. *La mancanza di valore clinico nella prova della santonina.* Clinica Medica Italiana, fascicolo. III, 1938.

MOUKHTAR e DJÉVAT. *Prova della santonina per l'esplorazione della funzione antitossica del fegato.* Presse Médicale, n. 78, 1933.

VANNICCI e FERRARI. *Sul valore clinico di un nuovo metodo per la esplorazione della funzionalità epatica: la prova della santonina.* Giornale di clinica medica, fascicolo XIII, 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE

SEZIONE CHIRURGICA MASCHILE ADULTI DELL'OSPEDALE AL MARE, LIDO DI VENEZIA.

Sopra un caso rarissimo di lunga sopravvivenza ad una neoplasia stenosante del piloro dopo semplice gastro-digiunostomia. (1)

DOTT. GAETANO MOCCIA,
chirurgo primario aggiunto.

Desidero rendere noto un caso veramente prodigioso in cui si è avuta una sopravvivenza in una donna affetta da stenosi neoplastica del piloro operata da me circa dodici anni fa di gastrodigiunostomia. Trattasi di una cinquantenne che un anno prima dell'intervento (tredici anni fa) incominciò ad accusare sofferenze a carico dello stomaco consistenti in crisi di anoressia, dolori vaghi all'epigastrio indipendente dall'ingestione di cibo, sensazione di peso e di gonfiore di stomaco dopo i pasti, digestioni laboriosissime, conati di vomito e qualche rara volta vomito vero di sostanze alimentari contenente spesso cibi indigeriti un giorno prima. Niente di notevole nell'anamnesi famigliare e in quella personale dell'ammalata. La sintomatologia suddescritta con alternative di remissioni e riacutizzazioni era rimasta stazionaria per un anno circa. Da quest'epoca (dodici anni fa) le sofferenze divennero più notevoli con turbe dispeptiche gravi e dolori persistenti, deperimento progressivo delle condizioni generali. Questi disturbi, che come ho detto dapprincipio, erano

(1) Comunicazione fatta all'Assisi Regionale di Medicina nel novembre 1937.

interrotti da tregue di relativo benessere, divennero sempre più intense e persistenti, finchè i famigliari preoccupati sopratutto dall'insorgenza quasi quotidiana di vomiti alimentari che facevano progressivamente e rapidamente dimagrire ed anemizzare la paziente, decisero di condurla in città (essa fino a questo periodo era vissuta e curata in campagna) per farla quivi esaminare e sottoporla alle cure del caso. Consultato un valoroso e noto collega, questi la fece ricoverare in una casa di cura constatandone le condizioni veramente gravi in cui era ridotta (una diminuzione di peso di circa 30 Kg.). Quivi venne facilmente accertata la diagnosi di neoplasia stenosante del piloro, oltre che coll'esame funzionale (assenza di acido cloridrico libero, presenza di acidi di fermentazione, di sangue occulto nel contenuto gastrico e nelle feci), con quello radiologico, mediante il quale il piloro appariva nell'immagine lacunare come amputato. Ma la diagnosi era evidente già coll'esame obbiettivo che faceva rivelare un tumore nella metà destra della regione epigastrica della grandezza quasi di un uovo, poco dolente, di consistenza abbastanza dura, con mobilità scarsamente influenzata dai movimenti del respiro. Impressionanti erano le condizioni dell'ammalata per il grave dimagramento, l'astenia profonda e la secchezza della pelle; uno stato insomma anidremico in rapporto sopratutto al vomito che si ripeteva quasi quotidianamente facendo notare in esso sostanze ingerite anche due-tre giorni prima. La stenosi pilorica era tale che mancava ogni traccia di bile nel materiale vomitato, cioè a dire, mancava il deflusso del contenuto duodenale nello stomaco. C'erano inoltre rialzi termici serotini, oliguria, insomma tutto il quadro di una neoplasia stenosante gravemente il piloro.

Rimase ricoverata per circa un mese e quindi peggiorando sempre più notevolmente le condizioni generali, poichè si era ormai ridotti a nutrirla per via rettale e parenterale per il vomito quasi completo di tutte le sostanze ingerite che affliggeva quotidianamente la paziente, si decise senz'altro di ricorrere all'intervento chirurgico per non farla morire di fame. In anestesia locale, praticai una laparatomia esplorativa che confermò subito la diagnosi. Il tumore invadeva tutta la regione antropilorica e prepilorica dello stomaco, era della grossezza di un pugno d'adulto, scarsamente vascolarizzato, bernoccoluto, abbastanza mobile e con scarsa infiltrazione delle glandole linfatiche lungo la piccola curvatura. Le condizioni generali gravi dell'ammalata non mi permisero neanche di pensare alla possibilità di una resezione, anche se questa per la discreta mobilità del tumore avesse potuto riuscire facile e radicale. Urgeva sopratutto una gastroenterostomia per permettere all'ammalata di nutrirsi e di migliorare nelle condizioni generali, rimandando magari ad un secondo tempo l'intervento radicale, che, ripeto, per le condizioni in cui era ridotta la paziente anche se fosse stato fatto da un chirurgo più esperimentato di me in tale specie di interventi, non sarebbe stato certamente tollerato. Difatti la semplice gastroenterostomia retrocolica posteriore praticata rapidamente determinò uno choc non indifferente nella paziente, che si ripigliò solo dopo parecchi giorni, mediante fleboclisi, rectoclisi a permanenza, cardiocinetici, ecc. Allo choc si aggiunse l'insorgenza di notevoli rialzi termici, che durarono parecchie settimane e che noi ritenemmo riferibili a prodotti tossici piretogeni di origine tumorale, determinatisi forse per le manipolazioni fatte sul tumore durante l'intervento. Venne asportata ua glandoletta sulla piccola curvatura per forne l'esame istologico. Essa, come tutto il tumore, era di consistenza dura, di colorito biancastro in rapporto al carattere spiccatamente fibroso dello stroma. La proliferazione del tessuto connettivo risultò all'esame microscopico intensa e scarsissima la quantità di nidi di cellule cancerose composti di piccoli elementi polimorfi, ordinati in sottili cordoni o a piccole chiazze che non lasciarono all'anatomo patologo nessun dubbio sulla natura del processo.

*
* *

Ora io pur avendo la convinzione, per il decorso della malattia precedente all'intervento, per gli esami clinici, funzionali e radiologici fatti, per l'aspetto e la consistenza del tumore a ventre aperto e infine per l'esame istologico della glandola asportata, trattarsi di uno scirro, sono quasi sicuro che una sopravvivenza così lunga lascia adito all'incredulità sulla natura del processo. Quando infatti ripassando la letteratura vediamo che su 17 statistiche la sopravvivenza in seguito a gastroenterostomia è di appena sei mesi, al massimo un anno, e che anche la resezione, cioè l'intervento radicale, dà una sopravvivenza molto inferiore a quella del mio caso (due, tre, cinque, otto anni al massimo) non posso non trovare non giustificata l'incredulità. Il caso è di una rarità veramente eccezionale; io ho seguita l'ammalata fino adesso da lontano, chiedendo notizie sia ai famigliari di cui alcuni abitano in città, sia al curante, ed essi mi hanno sempre rassicurato sulle buone condizioni della paziente che mangia quasi di tutto e attende anche ora assiduamente alle

faccende di casa, senza lamentare sofferenze notevoli, se si esclude qualche ricorrente crisi dispeptica accompagnata da turbe enteriche consistenti prevalentemente in una diarrea che cede facilmente alle cure mediche. Ho rivista circa due anni fa la paziente ed esaminatala ho trovato all'esame obbiettivo la solita tumefazione in sede epigastrica, di consistenza sempre dura, quasi della stessa forma e grandezza, solo un po' meno mobile. Non segni di ristagno e di stasi alimentare, indice evidente che la stomia funzionava sempre perfettamente. Spero di presentare la paziente in una delle prossime sedute alla Società Medico Chirurgica Veneziana, se riuscirò a staccarla almeno per un giorno dal suo paesello sperduto nelle campagne del Friuli da cui per quante insistenze abbia fatto un suo figlio abitante in città, non sono riuscito ad allontanarla.

Come ammettere ora una sopravvivenza così lunga ad un semplice intervento palliativo quale è la gasteroenterostomia in un'estesa grave neoplasia stenosante del piloro?

Il caso è veramente unico più che raro. Si può pensare ad un arresto improvviso di sviluppo del tumore in seguito al riposo determinato dalla stomia e da un coefficiente difficilmente definibile. Si può pensare che l'abbondanza notevolissima dello stroma e la scarsezza delle cellule cancerigne abbia finito per strozzare e direi quasi uccidere quest'ultime.

Si può anche, nonostante tutta la storia clinica, gli esami funzionali, radiologici, la laparotomia esplorativa, l'esame istologico, ecc., mettere ancora in dubbio la diagnosi e far pensare ad una linite plastica, o morbo di Brington, oppure ad una cirrosi gastrica, ma anche a voler pensare a queste ultime eventualità, il caso non perde la sua importanza perchè sappiamo che anche queste affezioni sono ribelli a qualsiasi cura e non danno mai una sopravvivenza così lunga. Il caso oltre che per la sua estrema rarità offre lo spunto a fare qualche considerazione relativa alla condotta chirurgica da adottare in presenza di circostanze simili. Di fronte ad un'ammalata ridotta quasi agli estremi non tanto dalla intossicazione tumorale, quanto dal digiuno in relazione alla quasi occlusione del piloro, poichè, come ho detto sopra, questo nelle ultime settimane era pressochè impervio, e la stasi alimentare quasi completa, avrei potuto io in coscienza, pur essendo estirpabile il tumore, rischiare una resezione? Aggiungo subito: avrei potuto rischiarla anche se avessi avuta la dimestichezza che presumono ormai di avere tutti i chirurghi di ogni angolo della terra, e che non possono iniziare un discorso senza piantarti sullo stomaco una statistica di centoduecento resezioni del medesimo come se tutta la chirurgia fosse egocentrata su questo disgraziato viscere in modo tale da far pensare che esso sia condannato alla stessa sorte della sua sorella minore, l'appendice? Certamente avrei immolato alla resezione la mia paziente, che a stento riuscì a sopravvivere ad un intervento così rapido e semplice come la gastroenterostomia. Ma mi dà ancora da pensare nel mio caso il fatto ch'io avevo consigliato ai familiari di far operare la paziente di resezione non appena si fossero rialzate le condizioni generali, poichè l'intervento rappresentava per lei l'unico tentativo di salvezza.

Ora io debbo confessare che quando incontro i familiari dell'ammalata mi sembra di leggere nei loro occhi un'interrogazione: che sarebbe stato della novera cara se fosse stata operata di resezione? Sarebbe essa ancora viva? Io non saprei dare ad essi una risposta che soddisfacesse la mia coscienza.

Preferirei tacere ed ancora una volta penserei alle difficoltà ed ai pericoli di cui è seminata la nostra strada ed alla forza di volontà ed al coraggio di cui abbiamo spesso bisogno per non smarrirci lungo l'ingrato cammino.

RIASSUNTO.

L'A. rende noto un caso veramente eccezionale di sopravvivenza dopo gastrodigiunostomia in un'ammalata affetta da neoplasia stenosante del piloro, la quale dopo 13 anni vive ancora in discrete condizioni di salute.

Egli che ha già comunicato il caso all'Assise Regionale di Medicina del novembre 1937 cerca con brevi considerazioni di dare una spiegazione ad una tale eventualità pressochè incredibile ripromettendosi di presentare l'ammalata in una prossima seduta della Società Medico Chirurgica Veneziana.

NOTE BIOGRAFICHE

ISTITUTO RADIOTERAPICO ITALIANO - FIRENZE.

In memoria di Pietro e Marie Curie

nel 40° anniversario della scoperta del Radio.

Prof. V. PALUMBO.

La vita dei Curie, astrazion fatta dalla cronistoria della loro esistenza ormai ampiamente nota, dev'essere considerata come intimamente legata alla determinazione del destino che volle che due Genii si incontrassero e fondessero i loro sforzi per il grande cimento che li attendeva. La ragione intima del valore della loro unione non lunga, ma intensamente vissuta nella più perfetta, reciproca comprensione delle loro aspirazioni patriottiche, scientifiche, umanitarie, permeata dalla sacra fiamma dello spirito della ricerca che doveva condurli alla gloria della più grande scoperta del secolo scorso, non può essere facilmente liberata dal manto mistico del mistero che l'avvolge.

Pierre Curie nacque il 15 maggio 1859 a Parigi.

Insofferente fin dalla prima infanzia di ogni legame che presidia ai rapporti della vita sociale e quindi anche dei regolamenti scolastici, non frequentò alcuna scuola, attingendo le nozioni del primo sapere da suo padre Medico e dalla Madre che si adoperò perchè il giovane Pierre crescesse all'aria libera in campagna sviluppando così la passione che Egli aveva per le scienze naturali. Sotto la guida del Padre, che lavorava nei laboratori del Museo, affinava il suo spirito critico nell'osservazione delle varie manifestazioni della vita animale e vegetale, interpretandole con acume di intelletto e con chiarezza tutta personale.

Approfondite le sue conoscenze in matematica, materia ch'Egli prediligeva, fu pressochè un autodidatta per le materie classiche attingendo le sue nozioni alla ricchissima collezione della biblioteca paterna.

Ottenuta la licenza in scienze e inscrittosi al corso superiore della Sorbonne, il giovane Pierre Curie, toccato a 20 anni dall'ala del Genio, enuncia già la più alta manifestazione del suo pensiero: « faire de la vie un réve et faire d'un rêve une réalité ».

In questa enunciazione è tutto il programma della sua esistenza, trascorsa nella massima parte nella scia del suo pensiero filosofico, completamente avulso dalle normali concezioni naturali della vita comune.

Nell'esame dei problemi scientifici portava quel senso di chiarezza, di comprensione e di lealtà che presidiavano a tutte le manifestazioni della sua vita. Animato dalla fede propria degli innovatori egli sentiva che per compiere l'altissima missione riserbatagli dal Destino doveva necessariamente imporsi un'esistenza di lavoro e di sacrificio, in perfetto silenzio « nella semplice grandezza del suo genio e del suo carattere ».

Il suo primo lavoro fatto in collaborazione con Desains porta alla determinazione delle lunghezze d'onda calorifiche a mezzo di una pila termo-elettrica. In collaborazione col fratello Jacques scopre il fenomeno nuovo della *piezo-elettricità*, che consiste in una polarizzazione elettrica prodotta dalla compressione o dalla dilatazione dei cristalli sprovvisti di centro di simmetria. Risultato pratico di questa scoperta fu la costruzione di un nuovo apparecchio: il *quarzo piezo-elettrico* che serve a misurare in valore assoluto delle piccole quantità di elettricità e delle correnti elettriche di debole intensità.

Questo apparecchio doveva più tardi rendere dei grandi servigi nelle ricerche sulla radioattività e per la produzione di onde elettriche di alta frequenza (ultra suoni) emesse nel l''acqua, allo scopo di scoprire gli ostacoli sotto marini e all'esplorazione delle profondità dei mari.

I due fratelli Curie lavorano assieme fino al 1883; furono allora obbligati a separarsi essendo stati reciprocamente nominati: Jacques insegnante di mineralogia a Montpellier e Pierre aiuto alla Scuola di fisica e chimica della città di Parigi diretta da Schützenberger.

I lavori sui cristalli dei due fratelli vengono premiati *12 anni più tardi*, nel 1895, con l'attribuzione del premio Plante!

È alla Scuola di fisica che Pierre doveva lavorare durante 22 anni iniziandovi le sue ricerche sulla fisica cristallina che portarono all'enunciazione del *principio di simmetria* che si riscontra in tutti i fenomeni naturali e che è da considerare una delle concezioni più profonde del pensiero filosofico di Pierre Curie.

Seguono i suoi studi sul magnetismo con la classificazione dei corpi aventi proprietà magnetiche, a mezzo della sua bilancia di precisione aperiodica a lettura diretta, che vengono sintetizzati nella *legge di Curie*, secondo la quale il coefficente di calamitazione dei corpi debolmente magnetici varia in ragione inversa della temperatura assoluta.

Questo lavoro sul magnetismo era presentato da Pierre Curie a 35 anni, come tesi di libera docenza dopo 12 anni di assistentato alla Scuola di fisica. Alla discussione una donna era stata invitata: Maria Sklodowska di Varsavia allora ventottenne e da circa un anno in rapporti di amicizia con Pierre Curie.

La giovane polacca, nata a Varsavia il 7 novembre 1867, orfana di madre a 10 anni, cresciuta alla scuola del dolore per le vicissitudini della sua Famiglia e della sua Patria oppressa dalla dominazione russa, appassionata anche lei dello studio dei fenomeni naturali, impossibilitata a seguire i corsi presso l'università di Varsavia, arriva ventenne a Parigi

inconsapevole di quanto il destino aveva a lei riserbato!

Iscrittasi alla Facoltà di scienze alla Sorbonne, affrontò con tutta la forza del carattere che la distingueva, i sacrifici non lievi della vita solitaria e difficile dello studente povero. Unica sua gioia era la sensazione di vivere in un'atmosfera di libertà e di indipendenza come non le sarebbe stato concesso nella sua Patria lontana.

Perseverante nella sua volontà, timida e dolce, Maria Sklodowska ancor giovanissima si era già completamente votata alla realizzazione del suo ideale scientifico.

Licenziatasi in Scienze fisiche nel 1893 e in Matematica nel 1894, cominciò in seguito ad occuparsi di ricerche di fisica sperimentale nel laboratorio di Lippmann. In tale epoca conobbe Pierre Curie. L'amicizia, la stima reciproca, la rettitudine e la lealtà dei loro caratteri, la semplicità delle loro anime, la passione comune per il fascino della natura, la comunità degli ideali si armonizzano e si concretano nel loro matrimonio: Pierre Curie, che non aveva amato altra donna, che aveva votato la sua vita unicamente alla realizzazione del suo sogno scientifico, trova nella bionda polacca la compagna che vivrà lo stesso suo sogno.

Il 12 settembre 1897 nasce una bambina: Irene: un futuro premio Nobel.

***

Il valore delle scoperte del giovane fisico si era già imposto all'attenzione di vari Scienziati stranieri: il primo a riconoscerne l'importanza con testimonianze di stima e di affetto mai venute meno fino alla sua morte, fu Lord Kelvin, il quale, recatosi espressamente a Parigi, doveva rimanere ben sorpreso di fronte all'eccessiva modestia dei mezzi di lavoro e della povertà dell'ambiente in cui Pierre Curie svolgeva le sue ricerche.

Schivo di onori rifiutò le palme accademiche significando al direttore della scuola che gli era sufficiente testimonianza del suo interesse per lui l'avergli accordato il piccolo ridotto fra una scala e una sala di manipolazioni per eseguirvi i suoi studi sul magnetismo.

Frattanto le esperienze di Becquerel sui raggi uranici eccitano al sommo grado l'interesse e la curiosità dei coniugi Curie. Marie, alla ricerca di una tesi di laurea in scienze, intuisce la grande importanza dei lavori di Becquerel: nessuno essendosi ancora occupato dell'argomento, la bibliografia si riduceva alle comunicazioni fatte dallo stesso Becquerel all'Accademia delle Scienze: ricercare la natura di queste irradiazioni uraniche avrebbe costituito un appassionante soggetto di lavoro: l'argomento per la tesi di Maria era già trovato!

Installati gli apparecchi necessari nel ridotto della Scuola di fisica, Pierre e Marie Curie iniziano le loro ricerche servendosi di una camera di ionizzazione, di un elettrometro Curie e di un quarzo piezo-elettrico per individuare e misurare le irradiazioni emesse dai campioni di uranio esaminati. Constatato che queste irradiazioni non subivano alcuna modificazione da parte degli agenti esteriori, ne conseguì la logica deduzione ch'esse fossero in rapporto ad una proprietà atomica e quindi possibilmente riscontrabili in altre sostanze. Intrapreso l'esame di tutti i corpi chimici conosciuti, viene riscontrata nel torio la stessa proprietà dell'uranio: la radio-attività di questi due corpi è legata agli atomi di questi metalli. Continuando nelle ricerche Madame Curie osserva che in diversi di questi minerali la radio-attività è maggiore di quella contenuta nell'uranio e nel torio. Questa constatazione fa emettere a Pierre e Marie Curie l'ipotesi geniale della presenza di un corpo semplice sconosciuto, contenuto in piccola quantità nei minerali, e molto più radio-attivo dell'uranio e del torio: un nuovo Elemento!

Abbandonata ogni altra ricerca, si inizia per i Coniugi Curie il periodo più epico della loro esistenza dal 1897 al 1902.

Non è da discernere la parte avuta da ciascuno dei Coniugi in questa fatica: il genio personale di Pierre Curie si era affermato prima della collaborazione: i suoi apparecchi di misura hanno costituito l'elemento base per l'identificazione e la misurazione delle irradiazioni. Il genio di Madame Curie, affiancato da una volontà indomabile di riuscire, trovava vasto campo di esplicazione nelle ricerche posteriori alla scomparsa di Pierre Curie. Difficilmente nella storia ad una perfetta comunità di intenti è seguita una perfetta comunità di lavoro come in questa ricerca: lo studio fisico delle proprietà delle irradiazioni era di pertinenza di Pierre Curie, e la parte chimica (separazione e purificazione degli elementi radio-attivi) veniva espletata da Marie Curie.

Il frazionamento della plechblenda porta all'identificazione di due nuovi corpi distinti: il 18 luglio 1898, viene annunciata la scoperta del *Polonio* e il 26 dicembre 1898 la scoperta del *Radio*.

Occorreva procedere all'isolamento di questi due nuovi corpi: compito oltremodo difficile per il Polonio data la sua minima percentuale e la sua distruzione rapidissima; più agevole per il Radio perchè a forte potere radioattivo.

Nel corso delle ricerche Madame Curie riconobbe che il Radio accompagna il Bario e il Polonio il Bismuto. Profittando della minore solubilità del Cloruro di Radio in confronto al Cloruro di Bario, col metodo delle cristallizzazioni frazionate potè arrivare ad isolare il primo campione di appena qualche milligramma di Cloruro di Radio puro.

Determinatone lo spettro e il peso atomico (226), il nuovo corpo semplice dimostrò un

potere d'irraggiamento di più di un milione di volte più intenso di quello dell'uranio.

La straordinaria potenza racchiusa nell'intima struttura atomica non ha altra analogia che con quella dell'universo cosmico: l'atomo può essere considerato, secondo una felice definizione di Béclère, un sole in miniatura. L'energia irradiante è il solo dei fenomeni della materia che noi non possiamo nè arrestare nè comunque influenzare. E per avere un concetto dello straordinario potere del Radio basti accennare al suo fattore quantitativo: è facile riconoscerne un cinquantamilionesimo di milligrammo e con particolari cure anche un decimo di questa quantità (Soddy).

Se la disintegrazione è avvenuta dall'epoca della nostra registrazione geologica col ritmo attuale, si calcola che la quantità di Radium originale nel mondo intero debba essere stata di ben mille bilioni di volte maggiore di quella odierna: un milligrammo di Radio sarebbe ridotto ad un millimilligrammo in un periodo di venticinquemila anni!

***

Le ricerche sulla radio-attività dei corpi si estesero e si moltiplicarono sia in Francia che presso le altre Nazioni.

Proseguendo nei loro studi Pierre e Marie Curie scoprono il fenomeno della « radio-attività indotta » per la quale corpi sottoposti all'azione dell'irradiazione del Radio diventano essi stessi radio-attivi.

Rutherford e i Curie stessi studiano il gas prodotto continuamente dal Radio: « l'emanazione del Radio o Radon » e ne determinano l'attività. Ramsay e Soddy confermano tali ricerche e dimostrano anche la presenza di Elio in piccolissima quantità.

La famiglia dei corpi radio-attivi si accresce di nuovi elementi: l'Attinio per opera di Debierne, l'Ionio (Boltwood), il Mesotorio e il Radiotorio (Hahn), ecc.

Madame Curie poteva ben presentare la sua laurea in Scienze sulle « Sostanze Radio-attive »: mai l'argomento trattato avrebbe potuto essere contemporaneamente di tanta attualità e di altrettanto interesse!

Nello stesso anno (novembre 1903) la Società Reale di Londra conferisce a Pierre e Mme Curie una delle sue più alte ricompense: la medaglia Davy. Un mese dopo l'Accademia delle Scienze di Stoccolma assegna il premio Nobel per la fisica per metà ad Henri Becquerel e per metà a Pierre e Marie Curie.

La Francia riconobbe ufficialmente per ultima il valore di Pierre Curie: soltanto dopo le manifestazioni dell'Inghilterra e della Svezia, l'Università di Parigi istituì una cattedra di fisica generale e radio-attività per Pierre Curie; Madame Curie venne nominata aiuto alla cattedra.

Le conseguenze della rinomanza infastidiscono Pierre Curie che desidera unicamente non essere distratto dal suo lavoro. Proposto per la Croce della Legion d'onore rifiuta con una nobilissima lettera, anche tale decorazione e insiste perchè gli venga piuttosto concesso un laboratorio possibile per proseguire le sue ricerche: doveva essere questa la vana aspirazione di tutta la sua vita passata quasi interamente in un sogno veggente, dal quale solo il culto della natura e delle arti belle poteva, ma per brevi intervalli, distrarlo.

Il 19 aprile 1906 uscendo dall'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Danton, nel traversare sotto la pioggia la Rue Dauphine, venne travolto e ucciso da un carro a cavalli.

All'Accademia delle scienze, Henri Poincairé, che gli fu sempre amico devoto, esalta la memoria di Pierre Curie la cui concezione della vita è stata inspirata unicamente « dal semplice e puro amore della verità ».

La facoltà delle scienze dell'Università di Parigi offrì allora a Mme Curie la cattedra che per soli 18 mesi era stata tenuta da Pierre Curie.

***

Marie Curie affronta con la risolutezza e la tenacia proprie del suo carattere la sua nuova vita che non sarà priva di difficoltà fino alla fine.

Nell'attesa che venga finalmente realizzata la costituzione di quel laboratorio del quale Pierre Curie non potè mai disporre, Marie Curie continua nei locali della rue Cuvier le sue ricerche sulla radio-attività che portarono, con la collaborazione di Debierne, all'isolamento del Radio metallico.

Raccolte in un volume le opere di Pierre Curie (Edit. Gauthier-Villars, 1908) con una prefazione degna del Genio scomparso, accudisce alla compilazione del suo magistrale « Trattato della Radio-attività » che vede la luce nel 1910. Presiede nello stesso anno a Bruxelles quel Congresso di Radiologia che definì le unità di radio-attività: il Curie e i suoi sottomultipli: il Millicurie ed il Millimicrocurie. Un anno dopo è il secondo premio Nobel che viene conferito a Marie Curie per la sua opera chimica.

Si organizza e si sviluppa in tale epoca lo studio biologico delle irradiazioni del Radio la cui prima esperienza è stata subita dallo stesso Pierre Curie dopo l'osservazione della bruciatura di Becquerel. Gli studi di Wickam e Degrais, Danlos, Dominici, ecc., facilitati nella tecnica terapeutica dalla possibilità del filtraggio delle varie irradiazioni (alpha, beta, gamma) schiudono un nuovo, vastissimo orizzonte ad una terapia nuova: la Radiumterapia che su proposta di Degrais viene designata sotto il nome di Curieterapia.

Passano per Marie Curie questi anni di lavoro fra l'insegnamento, il laboratorio e la

Famiglia, finchè sorge col concorso dell'Università di Parigi e dell'Istituto Pasteur, l'Istituto del Radio la cui inaugurazione avviene in coincidenza con lo scoppio della guerra mondiale.

Il servizio radiologico di guerra era allora tutt'altro che attrezzato in Francia. Mme Curie raccoglie tutto il materiale radiologico che può trovare nei vari depositi, nei vari magazzini, ed organizza le prime stazioni radiologiche nei vari ospedali da campo: monta anche la prima automobile radiologica con la quale poteva recarsi ovunque era richiesta l'opera sua.

Solo alla fine delle ostilità Marie Curie potè riprendere il suo posto di lavoro al nuovo Istituto del Radio di Via Pierre Curie con l'aiuto della figlia Madame Irene Joliot-Curie.

La Società Belga Union Minière du Haut Katanga, come l'ex Governo Austriaco che possedeva le miniere di St. Joachimstal, fu sempre generosa nei confronti di Marie Curie avendole messo a disposizione il materiale necessario per le sue ricerche.

Nel 1921 per sottoscrizione delle donne degli Stati Uniti di America, viene offerto un grammo di Radio a Marie Curie che lo pone a disposizione dell'Istituto da lei diretto e quindi della Scienza per sempre, così come i due Coniugi Curie avevano fatto per il primo grammo di Radium da loro « creato ».

Liberata la Polonia dall'oppressione russa, il suo sogno patriottico si conchiude e si concretizza nella fondazione a Varsavia dell'Istituto del Radio « Maria Sklodowska-Curie » da lei stessa inaugurato.

Fu questo l'ultimo suo viaggio verso la Patria lontana giacchè il 4 luglio 1934 a Sancellemoz assistita dalle figlie Irene ed Eva, Marie Curie muore per anemia perniciosa aplastica a decorso rapido febbrile, da Radium: vittima a lunga scadenza della sua stessa scoperta!

***

L'isolamento del Radio dall'Uranio chiude gloriosamente il ciclo delle grandi scoperte del secolo scorso, il mito della trasformazione dei corpi per la scoperta dei Curie, è divenuto realtà. Il Genio ha schiuso un nuovo orizzonte alle nostre conoscenze sulla costituzione della materia ritenuta fino allora inerte, svelando uno dei più profondi segreti custoditi tanto gelosamente dalla natura.

Una nuova dottrina dell'energia ha sconvolto le vecchie leggi della fisica e della chimica, facendoci intravedere quali possibilità è lecito sperare dalla disintegrazione atomica spontanea dei corpi semplici.

La scoperta del Radio passata nell'immortalità della gloria non potrà essere disgiunta dal nome dei Curie non soltanto perchè ne sono stati loro gli artefici, ma, e principalmente, per l'assoluta rinuncia a qualsiasi scopo lucrativo.

Pierre e Marie Curie perseguendo il loro sogno puramente scientifico hanno tutto dato per il bene dell'umanità: il loro disinteresse per le possibili realizzazioni della loro scoperta è stato pari all'eccezionale nobiltà del loro spirito.

Il Radium è un agente potentissimo di cura purchè affidato a mani esperte: nella lotta contro i tumori maligni è il mezzo terapeutico di maggior valore sia da solo che, unitamente alla chirurgia, nel trattamento radiochirurgico dei tumori. La sua applicazione dovrà sempre arrecare o la guarigione o un miglioramento e mai peggiorare le condizioni degli infermi: qualora questa eventualità si verificasse, la tecnica adoperata, includendo in essa anche il programma terapeutico, non è stata corretta. Tutte le cosidette « lesioni da radio » debbono oggi considerarsi come lesioni provocate da errore di tecnica.

Molti dei pionieri, essendo allora sconosciuti gli effetti biologici del Radio ed i mezzi per proteggersene, sono stati vittime di mutilazioni gravi e non pochi hanno dovuto soccombere per degenerazioni cancerose di distrofie locali provocate dai raggi specialmente sulle mani, che per la loro azione citolitica sul sistema emopoietico come nel caso stesso di Madame Curie.

La preoccupazione di Pierre Curie (Conferenza Nobel, 1903, a Stoccolma) circa gli eventuali danni all'Umanità della sua scoperta giustificata in un primo tempo per le vittime che la natura, si direbbe quasi, esige per ogni violazione del suo segreto, sarebbe oggi fuor di luogo per il perfezionamento della tecnica moderna che consente di proteggerci da ogni eventuale rischio.

L'Italia è stata anche in questo campo una precorritrice per l'opera del Pellizzari che fu il primo fra noi ad intuire il grande valore terapeutico del Radium e a dotarne, nonostante lo scetticismo dei suoi colleghi, l'Istituto da lui fondato nel 1904.

D'allora un grande cammino è stato fatto nella organizzazione dei vari centri di accertamento diagnostico e di cura dei tumori. La disponibilità del Radio è ancora però insufficiente per i bisogni di una grande Nazione. I vari Istituti sono oggi tecnicamente bene attrezzati e gli Scienziati preposti alla Curieterapia sono all'altezza della loro missione: le nostre percentuali statistiche di guarigione dei tumori maligni sono uguali e talvolta anche maggiori di quelle dei più noti Istituti delle altre Nazioni.

La Lega Italiana per la lotta contro il Cancro, sotto l'alto patronato di S. M. la Regina Imperatrice, affiancata e sorretta dalle provvidenze che il Regime prodiga per il potenziamento delle varie istituzioni assistenziali, potrà assolvere con la serenità dei forti, il suo alto compito di solidarietà umana.

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

Criteri differenziali fra le varie forme di febbricola e la febbre tubercolare.

(A. IRACI. *Omnia medica,* supplemento XIV, Pisa, 1938).

Nella pratica viene considerato come limite massimo della temperatura corporea il 37° ascellare od il 37°,4 rettale: per febbricola si può intendere la temperatura oscillante fra il 37°-38°, di più o meno lunga durata, accompagnata o meno da sintomi subiettivi: nella massima parte dei casi si presenta nel pomeriggio; la durata può essere anche di mesi, di anni, interrotta da soste o non. L'inizio è subdolo od è segnato da un'angina, da un reumatismo, da una influenza, ecc. Si osserva più facilmente nelle donne, ed in genere fra i 20-25-35 anni. Talora la febbricola è preceduta da brividi di freddo, accompagnata da cefalea, astenia, disturbi gastrici, seguita da sudori, accentuata da strapazzi fisici, cambiamenti di stagione, mestruazioni, traumi psichici, ecc.

Le febbricole potrebbero dividersi in: febbricole da malattie infettive generali; febbricole da malattie dell'apparato respiratorio; febbricole da malattie di organi extrarespiratori.

Nel primo gruppo: tubercolosi, tifoidi, paratifoidi, melitense, influenza, sifilide, malaria; nel secondo, malattie polmonari (bronchiettasie, bronchiti croniche, broncospirochetosi, polmonite cronica, ascesso polmonare, cisti del polmone, tumori, sifilide del polmone, pneumoconioso, pneumomicosi), e le malattie delle vie aeree superiori (rinofaringiti, tonsilliti, sinusiti); nel terzo gruppo possono rientrare le malattie cardiache, le malattie dell'apparato digerente, le malattie epatiche, urogenitali, del sangue, delle ghiandole endocrine, delle articolazioni, i neoplasmi, ecc.

Tubercolosi: la febbre può qui essere a tipo subfebbrile, remittente, intermittente, continuo, inverso, ondulante, tifosimile. Nella febbricola si verifica più di frequente il tipo subfebbrile ed il tipo ondulante; in genere la temperatura si innalza nelle prime ore pomeridiane, dopo il pasto, preceduta specie nei primi tempi, da qualche sensazione di freddo che non sempre giunge a determinare dei brividi anche leggeri, riuscendo così a passare inosservata. Perdura fino a sera, termina con sudorazione più o meno abbondante. Talora si avverte una certa cefalea. Quando la febbricola assume una forma ondulante si può sospettare una forma latente con episodi di generalizzazione ematogena o polmonare in forma discreta.

Riguardo alla febbricola mestruale delle donne tubercolose, occorre ricordare che anche in donne sane è possibile osservare qualche elevazione termica nei giorni premestruali, elevazione frequentissima nelle donne tubercolose in evoluzione: all'opposto mai si verifica che una febbre in donna tubercolosa scompaia nel periodo mestruale. Altra causa che può produrre ipertermia od esacerbazione della febbricola preesistente, sono gli strapazzi corporei, ma anche questo fatto può verificarsi in persone normali.

Il riposo completo, viceversa, porta alla diminuzione od alla scomparsa della temperatura subfebbrile nei tbc. Nella differenziazione per altro della febbricola tubercolare occorrerà tener presenti questi fatti ma specialmente i dati forniti dall'esame obiettivo, dalla radiologia, dal laboratorio, e dalla certezza che non esistono altri fatti capaci di febbricola.

Febbre tifoide, e paratifo: possono osservarsi forme ambulatorie di queste malattie, forme in cui la temperatura si mantiene subfebbrile per tutta la durata della malattia, oppure forme in cui, raggiunto il periodo anfibolico od il periodo della defervescenza, la febbricola continua ancora insistente per settimane o mesi. Per la diagnosi differenziale ricordare che nella febbre tifoide la temperatura subfebbrile non è accompagnata da tachicardia notevole, ma da relativa brachicardia, che spesso il polso è dicroto, che non vi sono sudori abbondanti, che raramente mancano disturbi intestinali (nella tbc. esistono disturbi dispeptici); la lingua si mantiene normale nella tbc., vi sono le condizioni della milza, le roseole, lingua, ecc. Dar valore ad una Widal positiva.

Febbre melitense: in luogo dei caratteristici periodi può varificarsi nella infezione melitococcica l'estistenza di una febbricola che si mantiene per settimane, mesi ed anche per anni, magari accompagnati da sintomi respiratori. Ed il Grocco ha chiamato « tisi mediterranea » quella forma di febbre melitense presentante sintomi respiratori, quali tosse, emottisi, ecc. Però l'osservazione attenta della curva termica mostra un certo carattere ondulante, i sintomi polmonari sono sempre lievi, con prevalenza del reperto ascoltatorio sul percussorio, con variabile localizzazione e variabili con la febbre; esiste inoltre splenomegalia, bradicardia relativa, dolori neuralgici, leucocitosi, sierodiagnosi, ecc.

Influenza: è in genere preceduta da corizza, da tracheite, si accompagna più spesso, della febbricola tubercolare, ad epistassi, cefalea, dolori orbitali, a mialgie lombari, sacrali, ecc. Spesso si complica con otite, albuminurie, senza dare con facilità sudori profusi. La radiografia toracica è indispensabile.

Sifilide: può dar luogo a febbre in qualsiasi periodo, assumendo i più diversi tipi. La febbricola sifilitica insorge nelle ore pomeridiane, preceduta da brividi di freddo più o meno

intensi, perdura la sera, scompare al mattino, nella tbc. è più facile osservare la defervescenza nelle ultime ore della sera, o nelle prime della notte; anche nella lues si possono avere abbondanti sudori nella defervescenza; più frequente nella lue si ha cefalea, specie notturna, si hanno dolori osteocopi notturni. Le localizzazioni luetiche che con maggior frequenza danno luogo a febbricole sono: fegato, polmoni, articolazioni. Vi è la nozione poi del contagio, o dell'ereditarietà, l'eventuale esistenza di manifestazioni luetiche in atto o pregresse, la reazione del Wassermann positiva, il criterio *ex iuvantibus*.

Malaria: può dar luogo a febbri atipiche, a febbricola giornaliera o non, nelle forme croniche: in genere si accompagna a deperimento, ad oligoemia, astenia maggiore che nelle forme tubercolari; vi è poi la splenomegalia, l'epatomegalia, l'urobilinuria, la leucopenia, frequente il reperto parassitario nel sangue, il criterio dell'utilità della razionale cura chininica.

Delle malattie polmonari notare le bronchiti croniche e le bronchiettasie: per la diagnosi ha valore l'anamnesi (si tratta di affezioni duranti da parecchi anni, insorte dopo una acuta affezione tipo polmonite, broncopolmonite, bronchite acuta); vi è l'espettorato abbondantissimo, vi sono le vomiche, le riacutizzazioni invernali, lo stato generale buono, le dita a bacchetta di tamburo, la localizzazione in genere basale, la negatività del reperto nell'espettorato, l'esame radiografico previa iniezione di olio iodato. Nella broncospirochetosi vi è il reperto di spirilli nell'espettorato.

Polmonite cronica, polmonite ad esito ritardato: vi è l'anamnesi che parla per un inizio acuto, della febbre alta, dell'erpes, della dispnea, cianosi, ecc.; le condizioni si mantengono sempre buone, l'espettorato è negativo per i bacilli di Koch. Il reperto radiografico è netto.

Ascesso polmonare: può dare temperatura subfebbrile allo stato di cronicità: l'anamnesi dice che si è sviluppato dopo un'affezione acuta, o dopo inalazione di corpo estraneo, o per metastasi settiche; c'è stata una vomica, l'espettorato è fetido. La febbricola aumenta quando non si verifica lo svuotamento della cavità.

La cisti idatidea del polmone può dar luogo a febbricola in qualsiasi periodo; però esistono ripetute piccole emottisi, concomita orticaria, il decorso della febbre non è continuo ma interrotto da pause, vi è poi un classico reperto obiettivo e radiografico, le reazioni biologiche, ecc.

Tumori polmonari: la febbricola è in questi accompagnata da deperimento più grave e più rapido, da dolori toracici più intensi ed insistenti, prevalentemente notturni. Reperto obiettivo e radiografico chiaro.

Sifilide polmonare: può dar luogo a sintomi bronchiali e sintomi parenchimali; localizzazione in genere nelle regioni medie, specie in prossimità dell'ilo ed unilateralmente; ha valore il reperto radiografico, il criterio della cura, le reazioni di laboratorio.

Pneumoconiosi: fare attenzione al mestiere esercitato dal paziente, al reperto dell'espettorato, alla radiografia.

Pneumomicosi: la febbricola che si ha in questa malattia, non presenta caratteristiche tali da potersi distinguere, di per se stessa, dalla tubercolare: importante è il fatto che in seguito ad intensa cura iodica può radicalmente modificarsi: secondo Schiassi nella micosi la febbre è in alcuni periodi elevata, in altri assume il carattere di apiressia, in altri di febbricola; vi possono essere fistole toraciche; se vi sono emottisi queste sono più facilmente dominabili: il reperto dei miceli nell'espettorato deve essere considerato con molta circospezione (Jacono); esiste poi la nozione del mestiere (allevatore di piccioni, mugnai, cotonieri, panettieri), ecc.

Empiema saccato: vi è l'anamnesi di pregressa polmonite o broncopolmonite, la leucocitosi, l'esito della puntura esplorativa.

Ricordare poi le febbricole faringee, con senso di pizzicore in gola, dolore appendicolare, astenia, le febbricole da endocardite lenta o da endocardite cronica: sarà facile accertare un vizio cardiaco, il cardiopalmo, la dispnea da sforzo, il carattere speciale delle emottisi cardiache, il rapido progressivo peggioramento nella forma « lenta », l'emocultura.

Altre cause di febbricole sono: le sepsi orali (piorrea alveolare, ascessi dentari); le enterocoliti croniche, la tiflite e peritiflite, l'appendicite cronica, la stitichezza: esiste in questi ultimi casi, una sintomatologia intestinale che tende a diminuire o a scomparire con adatta cura dietetica.

Delle malattie epatiche: l'angiocolite cronica, la sifilide epatica, la cirrosi epatica: esistono però i caratteristici segni obiettivi di alterazione del volume, della forma della ghiandola epatica, il reperto urinario del sangue; i fenomeni dispeptici, la dolenzia o il dolore alla spalla destra, il subittero.

Le malattie urogenitali, causa di febbricole, non presentano difficoltà diagnostiche: l'esame delle urine offre sintomi preziosi; i sintomi cedono facilmente a cure antisettiche locali o generali.

Delle malattie del sangue va ricordata la febbricola dell'anemia perniciosa: vi è il reperto ematologico, la glossite, la splenomegalia, l'utilità della terapia epatica.

Anche nella leucemia e pseudoleucemia può aversi febbricola: così nella linfogranulomatosi maligna. Per la diagnosi differenziale valgono i reperti ematologici, lo stato degli organi ipocondriaci e delle ghiandole, il prurito, ecc.

Frequente è la febbricola da ipertiroidismo: riconoscere l'aumento di volume della tiroide, i sintomi oculari, i tremori, l'eccitabilità, il reperto del metabolismo basale, ecc.

Dei neoplasmi possono dar luogo a febbricola specie quelli del fegato, poi quelli della tiroide. Non presenta sintomi caratteristici.

Delle malattie delle articolazioni, va ricordata la poliartrite subacuta o artrite cronica primaria ed il morbo di Still: far attenzione ai dolori più o meno forti a carico delle articolazioni, alla tumefazione eventualmente concomitante, all'adenopatia del morbo di Still, con splenomegalia.

In conclusione: la diagnosi di natura di una febbricola è sempre un problema arduo: occorrerà vagliare una serie di sintomi anamnestici ed obiettivi, valersi delle osservazioni di laboratorio e della radiografia: escludere infine la natura tubercolare quando, con la prolungata osservazione è persistente la negatività del reperto polmonare. Monteleone.

Studi recenti sulla pulmonite lobare sperimentale.

(O. H. Robertson. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 15 ottobre 1938).

Le nostre conoscenze sulla patogenesi della pulmonite lobare sono ancora incerte. Noi non sappiamo quali sono le condizioni che determinano l'affezione. Sappiamo che talvolta precedono disturbi della funzione pulmonare, infezioni acute delle vie aeree superiori, ma ci sfugge il meccanismo con il quale i pneumococchi riescono ad invadere il pulmone. Senza dire che in buon numero di casi la pulmonite colpisce improvvisamente individui in apparente buona salute.

Le determinazioni dei rapporti tra il potere battericida del sangue in confronto di vari tipi e ceppi di pneumococchi e lo sviluppo della pulmonite tendono a dimostrare che questa è indipendente da ogni attività germicida del sangue, e che il processo pneumonico dipende più da alterazioni locali del pulmone che da fluttuazioni della resistenza generale verso i pneumococchi.

Non è dubbio che i pneumococchi sono introdotti continuamente nei pulmoni, ma che non si trovano quasi mai negli alveoli perchè sono incessantemente distrutti dai macrofagi alveolari, e sono espulsi dalle parti superiori (bronchi e trachea) dall'attività ciliare della mucosa e dalla contrazione delle fibre muscolari liscie che si trovano nella parete delle parti stesse.

Si deve quindi inferire che la pulmonite è innanzitutto determinata da un'alterazione del meccanismo tendente ad impedire la penetrazione dei germi negli alveoli o ad eliminarli quando vi siano penetrati. Tra i fattori che provocano sì fatte condizioni vanno ricordate le inalazioni di gas tossici e irritanti o di anestetici, nonchè la inspirazione di materiali solidi o liquidi durante le operazioni chirurgiche.

D'altra parte nella grande maggioranza dei casi la pulmonite è preceduta dal raffreddore comune, che disturberebbe il meccanismo eliminatorio dei pulmoni alterando la mucosa e bloccando i bronchi. Ma sembra che al riguardo abbia maggiore importanza il raffreddamento della superficie cutanea che suole verificarsi durante il raffreddore in quanto produrrebbe una vasocostrizione ed un abbassamento della temperatura della mucosa dell'apparato respiratorio.

Partendo da tali premesse, che cioè l'ostruzione delle vie aeree ed il raffreddamento creano condizioni che favoriscono lo sviluppo della pulmonite, l'A. ha prodotto sperimentalmente tale affezione nei cani con un quadro clinico ed un reperto anatomo-patologico simile a quello della malattia umana. Agli animali fu innanzi tutto iniettata una dose di morfina sufficiente ad abbassare la temperatura del corpo di 2 a 3 gradi, e si cocainizzò la laringe per evitare la tosse. Quindi con una sonda si iniettò in un bronco terminale una sospensione di pneumococchi I o II in un mezzo con viscosità uguale a quello dello sputo. La malattia durava in media tre o quattro giorni e si risolveva con crisi. A secondo della quantità di culture iniettate il processo si limitava ad un lobo o si diffondeva oltre; la mortalità era più alta negli animali, ai quali si erano iniettate dosi maggiori di cultura. La batteriemia, la leucopenia e l'estensione del processo pneumonico avevano lo stesso significato prognostico che nella pulmonite umana.

Anche le lesioni anatomo-patologiche ed il loro succedersi erano simili a quelle umane. Al principio i polimorfonucleari digeriscono i pneumococchi, ma con il progresso della malattia sembra perdano questa capacità; un gran numero di germi si vedono intatti nell'interno delle cellule e liberi nelle parti più recenti del processo infiammatorio. Con la guarigione si verifica un improvviso mutamento: i pneumococchi sono rapidamente distrutti nei pulmoni e la malattia termina.

Da ciò si deduce che la fine rapida dell'infezione è dovuta o ad un aumento marcato dei processi antipneumococcici naturali, esistenti prima e spesso durante l'infezione, oppure ad un nuovo tipo di reazione con la produzione di nuove sostanze germicide. Sta di fatto che poco prima della guarigione ed anche alcuni giorni dopo il siero di sangue dei malati contiene sostanze immunizzanti.

Oltre a ciò al principio della guarigione si verificano nel pulmone infetto nette modificazioni istologiche. La parete alveolare s'inspessisce per la presenza di un gran numero di mononucleari che tendono ad invadere la cavità degli alveoli, diventando allora liberi

e penetrando nell'essudato dove svolgono una intensa attività fagocitizzante, come veri macrofagi. Essi inglobano le emazie, i polimorfonucleari e i pneumococchi, che digeriscono rapidamente. Contemporaneamente si ha soluzione della fibrina, diminuzione della consistenza dell'essudato intralveolare e risoluzione della lesione.

Pertanto il meccanismo di guarigione della pulmonite è duplice: da una parte si ha un processo generale (potere germicida del sangue, barriera ematico-pulmonare) e dall'altra un processo locale (reazione macrofagica del pulmone, produzione locale di sostanze immunizzanti). Se ambo questi processi sono efficienti si ha la guarigione, ma se uno di essi fa difetto si ha la morte. Questa si verifica quando persistono i pneumococchi nel sangue, anche con la completa risoluzione del processo pneumonico, o quando manca la reazione macrofagica locale, anche con l'assoluta sterilità del sangue.

I dati sperimentali hanno infine messo in evidenza che un attacco di pulmonite conferisce un aumento della resistenza ad ulteriori infezioni, che dura parecchi mesi. Tale immunità sembra dovuta ad un'accentuazione della reazione macrofagica.

Dopo la guarigione nel lobo pulmonare affetto, si ha una forte immunità locale che dura fino a quando dura la presenza di macrofagi negli alveoli, e che è prolungata dalla ripetizione dell'infezione nel medesimo luogo.

DR.

SANGUE.

La leucemia acuta.

(W. HADORN. *Praxis*, 20 ottobre 1938).

Il quadro clinico della leucemia acuta consta di tre sintomi: 1) Inizio improvviso, drammatico con prostrazione, febbre alta, pallore intenso; 2) Diatesi emorragica; 3) Ulcerazioni della bocca e delle fauci.

La temperatura di rado è continua; di solito è intermittente, alta con notevole tachicardia.

La diatesi emorragica si manifesta per lo più con epistassi quasi irrefrenabili, emorragie dallo stomaco, dall' intestino, dall' apparato uro-genitale, sottocutanee e sottocongiuntivali. Da ciò la possibile confusione con la trombopenia e la setticemia.

Le ulcerazioni sono localizzate sopra tutto alle gengive, alla mucosa delle guancie e alle tonsille, ed emanano un odore fetido. Possono far pensare all'angina di Vincent, alla difterite settica, alla sifilide, all'agranulocitosi, al noma, alla tubercolosi.

I sintomi cardinali della leucemia cronica, il tumore di milza e l'ingorgo delle glandule linfatiche, hanno un'importanza affatto secondaria nella forma acuta, quantunque manchino solo di rado.

La leucemia acuta ha il quadro clinico di una grave infezione specie quando si manifestano infezioni secondarie e locali dalle tonsille alterate e gonfie (gangrena della mucosa delle guancie analogamente a quanto avviene nel noma, negli ascessi, nelle pleuriti, pericarditi, ecc.). Nella fase terminale spesso si trovano nel sangue streptococchi, pneumococchi ed altri batteri.

Solo l'esame del sangue può condurre ad una diagnosi esatta. Si riscontra il reperto di un'anemia, spesso di alto grado, talvolta a tipo ipercromico-macrocitario. Il numero delle piastrine è diminuito, donde la diatesi emorragica. Il numero dei leucociti può essere molto elevato (100-200.000), leggermente alto e anche normale o subnormale. Si tratta di mononucleari, immaturi, basofili, che una volta erano ritenuti linfociti, donde l'opinione che la leucemia acuta fosse di origine linfatica. Ma Nägeli ha dimostrato che queste cellule sono mieloblasti o paramieloblasti, e perciò che la maggior parte delle lucemie acute è mielosica.

La leucemia acuta è sempre letale e termina con il quadro delle sepsi in alcune settimane. La terapia (Roentgen, arsenico, mesotorio, trasfusione di sangue) rimane sempre inefficace.

La leucemia acuta si distingue nettamente non solo per i caratteri clinici ed ematologici ma anche per quelli istologici, in quanto l'aumento dei globuli bianchi riguarda elementi a valenza mieloide e linfatica.

Dal punto di vista pratico è indifferente rilevare quale di queste due forme di cellule prevalgono, o se sono presenti esclusivamente le une o le altre. È interessante invece definire il carattere acuto e quindi assolutamente letale della malattia. Il reperto ematologico in tali casi è significativo per la presenza di cellule rotonde.

Per quel che riguarda la diagnosi differenziale va tenuto presente che il reperto ematologico delle leucemie acute può avere analogia con quello delle infezioni acute, della febbre glandulare e dell'angina monocitica. Per dirimere eventuali dubbi giova l'esame del midollo praticato con la puntura sternale.

Secondo Nägeli le leucemie acuta e cronica hanno una medesima etiologia: si tratterebbe di una conseguenza di disturbi di natura endocrina.

Sternberg propende per la teoria infettiva: la leucemia acuta sarebbe una setticemia con reazione leucomieloide. Ma contro tale ipotesi stanno vari fatti, come la mancanza di febbre nello stadio iniziale in certi casi, la circostanza che la leucemia acuta spesso rappresenta la fase terminale delle forme croniche, la mancanza di fatti tossici (neutrofili), nonchè il fatto che nelle setticemie solo di rado si trovano negli organi meta- o iperplesie leucemiche.

Allo stato dei fatti si deve ritenere più probabile che la leucemia acuta, come quella cronica, sia una malattia primaria del sistema ematopoietico con etiologia ancora ignota. DR.

L'emofilia nella donna.

(F. PALIARD, M. JENNE e L. REVOL. *Le Journ. de Médec. de Lyon*, 5 dicembre 1938).

Gli AA. hanno descritto un caso che merita di essere conosciuto. Una ragazza diciassettenne fu ricoverata nel reparto medico dell'Hôtel Dieu di Lione per emorragia profusa consecutiva ad avulsione dentaria. Nulla nei riguardi di una diatesi emorragica c'è nei precedenti familiari. La madre ha avuto tbc. polmonare fibrosa e reumatismo di Poncet ed ha normale il tempo di coagulazione. Una sorella dell'ammalata ha caratteri ematologici normali.

Le prime mestruazioni comparvero una volta a 10 anni, ma poi furono sospese fino a 13 anni e d'allora sono irregolari per ritmo (ritardo di 15 giorni) e per quantità (notevole abbondanza). Sin da piccola ha ecchimosi anche per piccoli urti, ma non ha mai avuto ecchimosi spontanee nè epistassi; 3 anni prima ha avuto un ematoma voluminoso di una coscia, in seguito a caduta dalla bicicletta, e dovette stare in letto per tre mesi.

L'emorragia attuale comparve un'ora dopo l'avulsione di un dente ed è durata 15 ore nonostante l'uso di coagulanti e una trasfusione. Entrata in ospedale presentava uno stato di anemia acuta e chiazze ecchimotiche da contusioni recenti.

C'è un enorme ritardo nella coagulazione del sangue, che non è ancora cominciata due ore dopo il prelevamento e, il giorno seguente, c'è solo un coagulo minimo mentre tutto il resto del sangue ha sedimentato. Il segno di Weil e Chalier è negativo. Il tempo di sanguinamento è leggermente aumentato (6'), (esso in successivi esami dura una volta 8' e una volta 3'). Il mielogramma è normale; la formula leucocitaria dà 83,5 polinucleati neutrofili; 0,5 eosinofili; 2 linfociti; 3,5 monociti grandi; 3,5 mielociti; 7 metamielociti. Calcemia 0,120. Il fibrinogeno è diminuito.

La coagulabilità del sangue non si è modificata dopo 7 iniezioni di siero materno, nè dopo trasfusioni sanguigne.

In questa ragazza c'è un carattere nettamente emogenico, il prolungamento del tempo di sanguinamento, che spiega l'abbondanza delle mestruazioni (sintoma che non è comune nell'emofilia vera). In questo caso si deve parlare di emofilo-emogenia e considerarlo come un caso di emofilia sporadica.

Secondo Chalier e Chevallier e Goldberg l'emofilia femminile non esiste. I due casi descritti da Chalier erano forme larvate in famiglie di emofilici.

Gli AA. dei 60 casi descritti nella letteratura hanno preso in considerazione solo 21, dividendoli in quattro gruppi: emofilia familiare vera, emofilia familiare atipica, emofilia sporadica ed emofilo-emogenia femminile.

Le prime manifestazioni dell'*emofilia femminile familiare vera* si hanno in generale nell'infanzia. Sono rare le menorragie, mentre sono frequenti le emorragie profuse per ferite insignificanti. Invece la gravidanza è un pericolo grave per le emorragie post-partum. Che cosa succede alla menopausa non si sa precisamente perchè una sola ammalata è giunta a quest'età.

L'emofilia latente in donne conduttrici di emofilia si manifesta con tendenza alle ecchimosi e con un lieve aumento del tempo di coagulazione.

L'emofilia atipica è caratterizzata da ritardo di coagulazione con diminuzione relativa del numero delle piastrine. Si tratta di una diatesi emorragica che si trasmette unicamente alle donne rispettando gli uomini e che ha caratteri dell'emofilia e contemporaneamente dell'emogenia. Clinicamente ha manifestazioni molto blande, per lo più qualche ecchimosi, raramente gengivorragie o emorragie post-partum. A volte la malattia si manifesta in occasione di una malattia acuta; però non è acquisita, perchè si ritrova la stessa sintomatologia in altre donne della stessa famiglia. Da notare che in questa forma la trombogenia non si accompagna ad aumento del tempo di sanguinamento. Gli AA. ritengono prudente che altre osservazioni di questa forma siano pubblicate prima di accettarla come forma a sè.

L'emofilia sporadica certamente esistente nell'uomo è dubbia nella donna. Due soli casi, dei numerosissimi pubblicati, sono probativi, ma non sufficienti a motivare la descrizione di una forma clinica.

Nell'emetilo-emogenia femminile si ha la sovrapposizione delle due diatesi con prevalenza ora dell'una ora dell'altra, a volte anche alternativamente. Clinicamente questa forma si distingue dall'emofilia pura per l'esistenza di poussées purpuriche, di metrorragie abbondanti e per l'influenza sfavorevole che ha su di essa la pubertà e il tempo di coagulazione variabile (mentre è fisso nell'emofilia pura). L.

MISCELLANEA.

Il ritmo giornaliero dei sistemi endocrino e vegetativo.

(A. IORES. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 8 luglio 1938).

I grandi periodi della vita — giovinezza, maturità e vecchiaia — sono controllati dal sistema endocrino-vegetativo, la cui unità funzionale è stata sicuramente accertata. Le modificazioni stagionali dell'attività delle glandule a secrezione interna, l'azione del sistema endocrino nel letargo invernale sono fatti che attestano l'importanza di questo sistema nel determinismo dei ritmi biologici in genere e quindi anche di quelli che si verificano nel corso del giorno.

La primitiva concezione di Eppinger ed Hess sulle vago- e simpaticonie ha subito una qualche revisione, perchè l'esperienza clinica ha di-

mostrato che gli stati stessi possono riscontrarsi contemporaneamente e successivamente nello stesso individuo. Una tale successione è sopra tutto evidente nel ritmo giorno-notte, nel senso che il simpatico prevale di giorno, specie nel periodo critico dalle 16 alle 18, ed il vago di notte. L'unica eccezione al riguardo è costituita dall'escrezione dell'acqua, perchè questa, malgrado sia favorita dall'eccitazione del vago, diminuisce di notte. Tutto ciò sta a dimostrare che anche nei fenomeni ritmici giornalieri non v'è una netta distinzione fra stati simpatico- e vagotonici.

L'influenza delle glandule endocrine sui ritmi giornalieri non è facilmente dimostrabile, in quanto non sempre è possibile l'accertamento dei rispettivi ormoni nel sangue. In effetti nulla sappiamo di sicuro al riguardo sulla tiroide, sulle paratiroidi, sull'apparato insulare, sulle glandole genitali, mentre qualche cosa si sa sulle surrenali e sull'ipofisi, le cui relazioni con il sistema neurovegetativo sono molto strette. Euler e Holmquist hanno trovato che l'attività delle surrenali è minima di notte ed aumenta di giorno per raggiungere il massimo verso le 18, proprio quando è maggiore il tono del simpatico. Dallo stesso punto di vista è interessante il fatto constatato da Agren che nei ratti ai quali sono state asportate le surrenali si trovano annullati i ritmi dell'attività epatica.

L'ipofisi è l'organo che sta al centro di tutto il sistema endocrino e ne controlla il funzionamento, pertanto si deve a priori ammettere la sua importanza preponderante nel determinismo dei grandi e piccoli ritmi della vita, come ad es. della pubertà e della menopausa. Per quel che riguarda i ritmi giornalieri ha un particolare interesse l'ormone melanoforo, il cui contenuto nell'ipofisi e nel sangue subisce oscillazioni nelle varie ore del giorno. Aumenta di notte con un massimo nelle prime ore del mattino, e diminuisce di giorno con un minimo verso le ore 18. Queste modificazioni sono sotto la stretta dipendenza della luce. Tra l'ipofisi e l'ottico sul nucleus supraopticus e sul tractus hypophysens supraopticus esiste un'immediata connessione nervosa, che negli animali inferiori ha una particolare importanza nella funzione dell'adattamento del colore dei rivestimenti a quello dell'ambiente. Ma anche nei mammiferi è stato dimostrato che la luce e l'oscurità sono accompagnate rispettivamente da forti oscillazioni nella produzione di ormoni melanofori.

Del resto in parecchi animali anche la produzione dell'ormone gonadotropo si trova sotto l'influenza della luce. Le gonadi degli uccelli subiscono nel corso dell'anno un mutamento ciclico. In primavera s'ingrossano, in autunno si impiccoliscono, e ciò avverrebbe secondo Bissonette e Benoit per l'azione della luce. Mediante prolungamento artificialmente della durata della luce si può ottenere anche in autunno la maturazione delle gonadi e mediante l'accorciamento della durata dell'illuminazione naturale si può provocare in primavera il loro rimpicciolimento. Questi effetti non si hanno se precedentemente si sopprimono gli occhi o l'ipofisi.

L'iniezione intracerebrale di ormone melanoforo provoca nei conigli abbassamento della temperatura, diminuzione dei leucociti e aumento della glicemia. Se si tien conto che questo ormone aumenta durante la notte, e degli effetti inversi che si hanno dalla funzione delle surrenali si può concludere che queste ultime sono le glandole che hanno la massima attività di giorno, mentre l'ipofisi l'ha durante la notte.

La correlazione simpatico-surrenale fa ritenere verisimile un'analoga correlazione parasimpatico-ipofisi. In effetti Cushing dimostrò che le iniezioni di lobo posteriore dell'ipofisi (che contiene tutto l'ormone melanoforo) provoca nell'uomo l'eccitazione dei centri parasimpatici.

Non è dubbio che anche l'attività delle glandule genitali ha ritmi giornalieri. Kalmus ha dimostrato che molti animali si accoppiano in determinate ore del giorno, e Hemmingsen e Krauf che l'estro spontaneo dei sorci bianchi ha luogo di notte raggiungendo il massimo verso la mezzanotte, con un ritmo direttamente dipendente dalla luce. Tutto ciò conferma l'intima relazione tra ipofisi e gonadi.

Corrispondentemente alle variazioni giornaliere dell'attività endocrina e neurovegetativa si hanno modificazioni del metabolismo.

Certo è che oltre ai ritmi giornalieri vago-simpatici si hanno modificazioni dell'attività dell'apparato endocrino, e che queste oscillazioni sono prevalentemente controllate dalle surrenali e dall'ipofisi, la quale ultima risente più che ogni altra glandula l'azione di fattori esterni e sopra tutto della luce. DR.

Lesioni del disco intervertebrale come causa di sciatica.

(I. S. BARR. *The Brit. Medic. Journ.*, 17 dicembre 1938).

Per sciatica si deve intendere qualunque dolore in una delle regioni innervate dallo sciatico provocato da irritazione del nervo o delle radici del plesso lombo-sacrale.

Ci sono molte cause di sciatica. L'A. si intrattiene in questo articolo sulla sciatica da lesione del disco intervertebrale. Il disco intervertebrale normale è composto di un nucleo polposo centrale, semifluido, gelatinoso circondato da un anello fibroso. L'anello fibroso è attaccato alla piastra cartilaginea della vertebra posta immediatamente al disopra e al di sotto di ogni disco e si unisce ai legamenti longitudinali posteriori e anteriori delle vertebre. Ogni disco intervertebrale ha una certa pressione interna che impedisce il collasso per azione del peso sovrapposto. Inoltre

la mobilità del disco intervertebrale è quella che permette i movimenti della colonna vertebrale.

Schmorl ha studiato il comportamento del disco intervertebrale in condizioni patologiche. Si può avere spostamento del nucleo polposo in qualunque direzione. Se c'è una diminuzione di resistenza della piastra cartilaginea il nucleo polposo può protrudere nel corpo vertebrale e questo fatto può essere veduto radiograficamente, ma, non produce dolore. Se la diminuzione di resistenza riguarda l'anello fibroso la protrusione del nucleo polposo può avvenire o lentamente, come per formazione di un'ernia, o violentemente come per una rottura. Nella statistica di Schmorl si si ha il 15 % di casi in cui la protrusione avviene nella cavità spinale. Ma mentre nei casi di Schmorl questo si verificò senza particolari alterazioni cliniche, Kocher nel 1898 e Middleton e Teacher nel 1911 videro rottura del disco intervertebrale posteriore con paraplegia.

Molti dei condromi o encondromi tolti chirurgicamente dai dischi intervertebrali sono in realtà nuclei polposi spostati.

L'esame radiologico con mezzi opachi introdotti nello speco vertebrale ha messo in evidenza l'esistenza di fatti compressivi midollari dovuti ad alterazioni dei dischi intervertebrali in malati curati per scoliosi, per sciatica, per distorsione lombo-sacrale o sacroiliaca. Ottanta casi ha l'A. con conferma operatoria.

La rottura più frequente di disco intervertebrale si ha alle regioni cervicale e lombare e più frequentemente al disco fra 4° e 5° lombare.

Le protrusioni più accentuate del disco intervertebrale provocano occlusione completa del sacco durale con sintomi di paraplegia parziale o totale, con alterazioni motorie, riflessorie e sfinteriche. Le protrusioni più piccole possono dare compressione di una o più radici nervose con sintomatologia dolorosa a tipo sciatico.

La sintomatologia di rottura del disco intervertebrale è così caratteristica che spesso se ne può fare la diagnosi prima dell'esame radiologico. In individui giovani, robusti, nel compiere uno sforzo, c'è la sensazione di qualcosa che si stacchi nella porzione inferiore della schiena e subito dopo compare violento dolore a tipo sciatico, o dolore nella stazione seduta con o senza irradiazione in basso fino al piede. Il dolore aumenta sensibilmente colla tosse e collo sternuto. La prima volta che questo succede basta il riposo in letto perchè scompaiano i dolori. Il fatto si ripete a distanza di tempo e allora per settimane non si ha miglioramento da nessuna cura.

Il malato, esaminato in questo periodo, ha la colonna lombare curva verso il lato sano e ridotta nella sua motilità per spasmo muscolare da dolore. Egli inoltre non riesce a toccarsi i piedi colla punta delle mani conservando rigide le ginocchia. Colla palpazione della colonna vertebrale si risveglia dolore sulla linea mediana.

Le radiografie comuni in proiezione antero-posteriore e laterale non mostrano alterazioni o tutt'al più una diminuzione di altezza dello spazio intervertebrale colpito.

La puntura lombare non dà chiarimenti diagnostici che quando c'è un « Queekenstedt » invertito.

Invece molta importanza diagnostica ha l'esame radiologico con olio iodizzato, perchè permette di mettere in evidenza un blocco più o meno completo.

Dal punto di vista terapeutico non si faranno manovre violente (come alcuni fecero pensando ad un'alterazione modificabile con manovre sulla motilità della colonna). La laminectomia senza rimozione della massa protrusa può attenuare il dolore. La cura logica è invece la laminectomia con estirpazione della mossa protrusa ed è utile far seguire un innesto osteoperiosteo (prendendo un tratto di tibia). Dopo l'intervento, 2-3 settimane di riposo in letto.

La diagnosi di lesione del disco intervertebrale presenta delle difficoltà, perchè la sua sintomatologia si ha in altre condizioni. Così si deve distinguere la rottura del disco dai tumori, dall'aracnoidite, dall'emorragia sottoaracnoidea.

L'A. ha curato coll'intervento chirurgico 83 casi. Ebbe due morti e tre insuccessi. Tutti gli altri casi guarirono o migliorarono molto.

LUS.

Il significato ed il trattamento del prurito.

(W. N. GOLDSMIT. *Practitioner*, gennaio 1939).

Il prurito quando è di grado leggero, può considerarsi un fatto fisiologico; diventa patologico quando è causato da stimoli non normali o quando è tanto intenso da provocare serie molestie o da disturbare il sonno. I dati sperimentali dimostrano che il prurito è provocato da eccitazioni subliminali delle terminazioni delle fibre dolorifiche. In effetti quando la sua intensità è eccessiva perde il suo carattere particolare per diventare una sensazione specifica primitiva (dolore). Ma con ciò on s'intende che i dolori leggeri abbiano gli stessi caratteri del prurito; c'è sempre qualche cosa di qualitativamente differente che fa supporre che entrano in giuoco altri fattori oltre la stimolazione delle terminazioni sensitive. Alcuni pensano che nel meccanismo della sensazione pruriginosa partecipi il sistema nervoso vegetativo; altri suppongono che la sensazione stessa sia l'effetto di uno stimolo a caratteri particolari, ossia mobile ed intermittente, che ecciti tanto le terminazioni dolorose quanto quelle tattili.

Mentre le sensazioni specifiche (visive, uditive, gustative, olfattive, tattili e termiche) si avverano in conseguenza di stimoli adeguati fi-

sici, meccanici o chimici, il prurito può essere provocato da varie forme di stimoli, il che deporrebbe per la partecipazione di vari recettori periferici e per una reazione centrale del tutto caratteristica.

Il prurito può essere localizzato nello stesso punto nel quale agisce lo stimolo, e contemporaneamente o a distanza di tempo in punti lontani. Sembra che tra la sensazione primitiva e quella riferita vi siano rapporti costanti, il che può spiegarsi ammettendo che le cellule sensitive del midollo spinale possono inviare i loro impulsi non solo alle cellule motorie ma anche ad altre cellule sensitive. Si suppone anche che possono aversi sensazioni pruriginose anche in conseguenza di eccitazioni di organi interni.

Il prurito non è la conseguenza diretta dell'eccitazione prodotta dalle eruzioni cutanee (urticaria, noduli, eczema bolloso, lichene papuloso). In effetti se queste lesioni sono prodotte da agenti irritanti esterni (insetti, ortica, morfina, ecc.) il prurito cessa prima che compaiono le alterazioni cutanee; nelle ecchimosi il prurito diminuisce o scompare prima che esse raggiungono la massima intensità. È vero invece che le alterazioni cutanee non fanno che aumentare la eccitabilità al prurito delle aree affette, ossia gli stimoli ordinari che passano normalmente inavvertiti provocano prurito nella pelle lesa.

Per quel che riguarda gli stimoli meccanici e termici il fattore essenziale non è la loro intensità ma le loro variazioni, ad esempio cambiamenti di pressione e di temperatura. I così detti pruriti chimici, esogeni o endogeni possono dipendere dall'azione diretta della sostanza eccitatrice o anche dalla sensibilizzazione dell'organismo verso la sostanza stessa: le forme di prurito di natura allergica sono molto comuni.

Il grattamento è una reazione specifica del prurito. Hartmann-Karplus ha dimostrato che i bambini già dopo qualche ora dalla nascita manifestano al prurito una reazione generale che poi diminuisce gradatamente, mentre il grattamento è una reazione che si stabilisce a poco a poco. Dapprima diventano eccitabili le palpebre (a due o due mesi e mezzo), seguono le orecchie, le narici ed infine tutto il resto del corpo (a dodici-diciotto mesi). Questo riflesso motore è indipendente dai centri superiori e la sua intensità non è proporzionata all'intensità dello stimolo ma alla sua natura. Nell'orticaria e nel lichene, quantunque il prurito sia molto forte, il grattamento è debole, mentre è violento nella pediculosis vestimentorum forse in relazione al fatto che in questo caso si ha più la sensazione di corpi estranei.

Il prurito si riscontra in molte malattie, nella pediculosi la lesione cutanea è costituita da segni di graffiature, pigmentazioni e placche d'inspessimento localizzati prevalentemente nelle zone a contatto con gli indumenti.

La scabbia deve essere sospettata ogni qual volta l'eruzione pruriginosa ha un'inizio abbastanza definito e persistente e particolarmente intenso di notte. Il sospetto diventa quasi certezza quando sono colpite contemporaneamente persone di famiglia o coabitanti. L'eruzione, che è costituita per lo più da papulo-vescicole, è localizzata di preferenza, agli spazii interdigitali, alla regione palmare del gomito, il gomito, alla parte anteriore dell'ascella, al capezzolo, all'ombelico, alla regione genitale, e nei bambini ai piedi. La diagnosi è accertata dalla presenza dell'acaro e delle sue uova all'esame microscopico. Si possono avere scabbie senza prurito.

La dermatite da pediculoides ventricosus è caratterizzata da pustole con vescicole a punta il cui contenuto dapprima limpido diventa lattescente e poi purulento, che talvolta rassomigliano a quelle del vaiuolo. L'eruzione è diffusa specialmente al collo, al tronco e meno agli arti; le mani e i piedi rimangono di solito immuni. Il prurito è molto intenso specie di notte. La malattia ricorre in forma epidemica nel periodo tra maggio e ottobre. I parassiti s'insinuano sotto la pelle.

Nell'eritema pernio il prurito è costante e ciò vale a distinguerlo dai vari lupus e dall'erytrocianosis frida crurum puellarum.

L'orticaria papulosa è molto pruriginosa e perciò spesso si complica con un'infezione piogena secondaria in conseguenza del grattamento. Le varie forme di prurigo (di Hebra, nodularis e di Besnier) sono essenzialmente caratterizzate da intenso prurito.

La neurodermite è identificata da Brocq con il lichen simplex chronicus perchè pare che in quest'affezione il fatto primitivo sia il prurito cioè un disturbo nervoso. Le alterazioni visibili sarebbero dovute ad una predisposizione individuale della cute che reagisce in modo particolare al prurito inevitabile. Tali alterazioni consisterebbero in segni di graffiatura, colorito bruno-viola, e lichenificazione, ossia inspessimento ed accentuazione dei normali solchi della cute. Al gruppo delle neurodermiti ora si attribuiscono il prurigo di Besnier, il prurito ed il lichene della nuca, l'eczema facciale pruriginoso dei bambini.

La dermatite erpetiforme è una condizione piuttosto rara che si verifica con attacchi successivi intercalati da fasi di remissione parziale o totale. La lesione è costituita da chiazze di eczema alla cui periferia si sviluppano vescicole o grosse bolle. Sono particolarmente colpite le superfici estensorie dei gomiti, ginocchia e delle regioni sacrale, trocanteriche e scapolari. Durante l'attacco si ha uno stato di depressione generale. Nelle donne spesso si verifica solo durante la gravidanza (herpes gestationis). È esacerbata dai bromuri e dagli ioduri. È accompagnata da forte prurito che può disturbare molto il sonno.

Il prurito è presente anche nella micosi fungoide specie nella fase iniziale.

Il morbo di Hodgkin e la leucemia possono essere precedute o accompagnate da placche infiltrate simili a quelle dell'eritrodermia.

Il prurito può manifestarsi senza alterazioni apprezzabili o precedere affezioni generali o locali. Al riguardo bisogna ricordare tra le cause di prurito i bagni troppo caldi specie quelli contenenti sali speciali o soda. Il diabete mellito, l'itterizia, la gotta possono essere accompagnati o annunziati da prurito.

Anche le infezioni focali possono essere accompagnate da prurito. Nella colecistite può essere localizzato alla vulva ed accompagnato da edema; scompare con l'asportazione della cistifellea; nell'appendicite è localizzato nella parte bassa dell'addome. Il prurito può essere dato anche da foci dei denti, dei seni, delle tonsille e della pelle stessa.

Un'altra causa è la tossiemia alimentare.

Il prurito può essere provocato o aggravato da medicamenti e droghe, come l'oppio, la cocaina, l'alcool, il caffè, gli acidi, i condimenti, le spezie. Caratteristico è quello dato dalla cocaina costituito dalla sensazione di piccoli insetti che si muovono sulla pelle.

L'allergia è una delle più comuni cause di prurito. Il numero delle sostanze allergiche con variazioni pruriginose è enorme.

Il prurito può essere di origine esclusivamente psichica e quindi indipendente da ogni eccitazione periferica. Si riscontra negli stati ansiosi depressivi, specie quelli della senescenza, negli stati di esaurimento e di astenia, nelle neurosi sessuali nelle quali costituisce l'espressione dell'insoddisfazione erotica. Al riguardo sono particolarmente interessanti il prurito dell'ano e della vulva.

Il pruritus ani secondo Gabriel sarebbe dovuto a mancanza di pulizia, iperidrosi, umettamento da muco, ragadi, fistole, secrezioni vaginali, vermi. Secondo altri sarebbe dovuto ad infiammazione delle glandole di Cowper o a riflesso di varie affezioni addominali. Castellani ritiene che il prurito anale e genitale è spesso di origine micotico: l'agente più comune sarebbe un fungo banale, l'epidermophyton. Sta di fatto, però, che il più delle volte non si può accertare nessuna causa tanto che si parla di prurito essenziale.

Il prurito vulvare può essere prodotto da urine alterate in seguito a cistite, pielite o contenente eccesso di acido urico e di ossalato di calcio, oppure glucosio. Può essere anche prodotto da vermi intestinali, da cervicite e anche, come si è già detto da colecistite. È stato anche attribuito ad acloridia ed a carenza di vitamina A. Ma talvolta il prurito vulvare non ha nessuna causa rilevabile ed è di origine neurotica: è questa la forma più tormentosa e più resistente.

A causa del grattamento il prurito della vulva produce spesso arrossamento, imbrunimento, inspessimento, lichenificazione della pelle.

La cura del prurito consiste essenzialmente nel trattamento dell'affezione che lo produce.

Come medicamenti calmanti sono adoperati i bromuri.

Nel prurito senile giovano i ioduri. Nelle forme ostinate delle donne sono raccomandate le iniezioni di estratto testicolare, e la pituitrina nelle forme accompagnate da lichene. Ravaut e Tomerscu consigliano l'autoemoterapia e Sellei la turpentina.

Gli anestetici locali (cocaina, percaina, ecc.) a lungo andare producono reazioni infiammatorie. Tuttavia dà buoni risultati, specie nelle forme accompagnate da ragadi, il percainal che contiene l'uno per cento di percaina, amamelis e formiato di alluminio.

Nelle forme senili danno buoni risultati i massaggi.

Anche il mentolo riesce efficace, ma non può essere adoperato a lungo.

Per cure lunghe è meglio usare il fenolo al 1/2 a all'1 % in olio.

Nelle forme con lichenificazione e nell'eczema infantile giovano le pomate all'ossido di zinco.

Nelle forme resistenti si deve ricorrere alla roentgenterapia o a raggi limite.

Nel prurito vulvare si possono tentare le cure ormoniche (estratto tiroideo e follicolare), e localmente le lavande al nitrato d'argento all'1 % all'1 ‰ secondo i casi, l'alta frequenza la jonizzazione o la diatermia. Nel pruritus ani sono molto efficaci la roentgenterapia e i raggi limite.

Si può anche ricorrere alle iniezioni di anestesici (preparati a base di anestesina, bensilalcool, procaina, butil-p- aminobenzoato, ecc.) intorno all'ano e alla vulva.

Nelle forme intrattabili di prurito vulvare si può praticare l'alcoolizzazione della parte (iniezioni sotto il derma di tutta la parte pruriginosa di poche goccie di alcool per ogni iniezione).

Infine nei casi particolarmente ribelli e tormentosi si può ricorrere alla neurotomia: sezione delle fibre sensitive dei nervi emorroidari inferiori e delle branche superficiali dei nervi perineali nel prurito anale, e sezione dei pudendi interni nel prurito vulvare.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. BUCCIARDI. *Valutazione biologica dei medicamenti.* G. Sansoni, edit, Firenze, 1938-XVI.

È un'opera di particolare significato scientifico e pratico, e quindi di grande diffusione fra tutti coloro che chimicamente, farmacologicamente, terapeuticamente e industrialmente si interessano dei medicamenti, e di essi si valgono nella loro specifica attività professionale. In realtà nella letteratura medico-farmacologica mancava un manuale che trattasse, con serie direttive tecniche e dottrinali, del controllo biologico dei preparati medicinali, dalle più diverse composizioni e strutture: ormoni, vitamine, sieri, vaccini e farmaci di più vasta applicazione terapeutica.

Anche più evidente è l'importanza dell'opera qualora si consideri che i molti metodi di analisi biologica, in essa ricordati, non furono sinora raccolti in un insieme armonico e unitario, e che di essi uno solo è ricordato nella Farmacopea italiana, quello che riguarda l'Insulina. Lo studioso, il ricercatore, il professionista, interessati a questa particolare branca di scienza, dovevano andare a raccoglierne faticosamente gli elementi sparsi in riviste e monografie che ogni tanto apparivano nella letteratura mondiale; dal che sorge un altro carattere grandemente utilitario dell'opera stessa.

Il libro è diviso in due parti, una generale che si occupa del materiale e della organizzazione del laboratorio diretta alle varie specifiche ricerche — microbiologiche, istologiche, biochimiche, ecc. —, nonchè dei vari metodi di controllo biologico, dei suoi risultati e del modo di correggerne gli errori, e di una parte speciale in cui sono ampliamente trattate le proprietà dei diversi medicamenti a reazione biologica. Le parti sono divise in vari capitoli e ogni capitolo è corredato di un'ampia bibliografia, tratta dalla letteratura italiana e internazionale. Numerose, esatte rigorosamente dimostrative sono le tabelle, e nitide le figure che arricchiscono il libro. Degne di particolare rilievo sono le parti dedicate ai controlli biologici degli *ormoni* e delle *vitamine*, che dobbiamo ritenere il più completo lavoro pubblicato sino ad oggi, e la cui bibliografia rappresenta una fonte di ricerche inesauribile; interessante è nella sua brevità, imposta dalle aridità dell'argomento, anche la parte riguardante gli *antiormoni*.

Chiude l'opera, bellamente stampata, lo studio sui *sieri* e sui *vaccini*, e la completa nella finalità pratica un particolareggiato indice alfabetico. G. MÒGLIE.

CHARLES RICHET, JEAN SURMONT et PIERRE LE GÔ. *Pyrétothérapie.* Paris, Masson e C., 1938. Fr. 50.

È uno studio sintetico, generico e specifico, sulla piretoterapia, che considera l'azione della febbre e delle alte temperature in genere nei loro effetti biologici, pervenendo alle conclusioni, note ma non prive di interesse, che le alte temperature, compatibili con la vita umana, hanno la proprietà di sopprimere, o comunque di indebolire alcuni agenti patogeni, e specialmente il gonococco e il treponema sia in *vitro* sia in *vivo*. Quindi il libro tratta delle varie forme di tecnica piretoterapica, dando la maggiore estensione alla piretoterapia per agenti fisici in generale e in particolare, tanto come applicazione diffusa che localizzata.

Un capitolo è dedicato alla « pirometria », problema difficile, di particolare interesse e di specialissima importanza, comunque la piroterapia si comporti, sia agendo direttamente sul microbo, sia indirettamente stimolando la difesa dell'organismo, o in tutti due i modi: le ricerche fatte in proposito non avrebbero apportato finora a risultanze praticamente utili.

Considerati gli accidenti della piretoterapia, sia biologica, sia fisica, e il modo di prevenirli e curarli, e i vantaggi della associazione della cura con la chemioterapia, esposti alcuni criteri critici sui vari metodi e qualche considerazione sulle controindicazioni della cura in generale, gli AA. trattano in una parte molto notevole del libro, e che giudichiamo la più interessante, delle speciali applicazioni terapeutiche nei vari campi della patologia, compresa quella neuropsichica, e dei risultati clinici sinora ottenuti.

Completa l'opera una abbondante bibliografia che ha un difetto, un grande difetto di fronte alla scienza libera e serena, quello di trascurare completamente la ricca e sostanziale letteratura italiana sull'argomento, in specie per quanto si riferisce alla piretoterapia biologica. G. MÒGLIE.

W. RUHMANN. *Rheuma und Hautreiz.* Un vol. in-8° di 170 pagg. con 25 figg. A. Nemayer, Mittenwald (Baviera). Prezzo RM. 5.

Il trattamento dei reumatismi per mezzo di irritanti locali è in uso fin dalla più remota antichità. L'A. ne dà anche interessanti cenni storici, trattando di tutti i mezzi che si usano a tale scopo, dai più antichi che ancora si applicano talora un po' rimodernati, fino ai più recenti (raggi di diversa specie, elettricità, ecc.). Nella prima parte considera il reumatismo in generale, esponendo i concetti di un tempo e quelli odierni ed i segni obbiettivi della malattia.

Da ultimo, delle considerazioni generali sulle dottrine che intendono spiegare il modo di azione degli stimoli locali: stimolo e controstimolo, aumento dei processi profondi di difesa, derivazione verso la cute, sostanze di irritazione dei tessuti che portano lo stimolo terapeutico (dottrine umorali antiche e moderne).

Il complesso di nozioni teoriche e pratiche che l'A. ci dà risulta di grande utilità per il medico, nel trattamento dei numerosi malati di forme reumatiche. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le encefaliti erpetiche.

G. de Morsier (*La Presse Médicale*, 2 novembre 1938) riporta tre casi caduti sotto la sua osservazione riguardanti tre malati affetti da disturbi cerebrali gravi coesistenti con una eruzione di erpes labiale. In due casi l'affezione morbosa cominciò bruscamente ed i malati caddero in coma con una temperatura di 39° e presentando una netta sindrome meningea; nel terzo caso invece la scena fu dominata da fenomeni corticali (convulsioni subentranti con aura ed episodi di allucinazione visiva ed uditiva).

Tutti e tre i casi terminarono con la guarigione. Interessante notare che nell'ultimo dei tre casi l'infermiera che curò il malato presentò, una settimana dopo l'apparizione dell'erpes labiale, una cheratite erpetica tipica.

L'A., in base ai suoi casi ed a quelli riportati nella letteratura, distingue tre forme cliniche diverse di encefalite erpetica:

1) La *forma meningea*, che è la più frequente e che può essere recidivante;

2) La *forma convulsiva* con parestesie, vertigini e talora allucinazioni;

3) La *forma comatosa ad inizio apoplettico*.

L'A. discute infine, al lume di fatti sperimentali e clinici, i rapporti tra erpes e disturbi cerebrali concludendo che effettivamente tali rapporti esistono, benchè ne manchi la prova assoluta. F. TOSTI.

Contributo allo studio delle mielosi aleucemiche.

Da qualche anno, dicono R. Waitz e J. Warter (*Annales de Médecine*, novembre 1938) si rileva nella letteratura un certo numero di osservazioni riguardanti soggetti adulti e caratterizzate dai seguenti fatti: splenomegalia cronica per lo più con epatomegalia, mielemia con una eritroblastemia comprendente dei normoblasti e dei megaloblasti, grosse alterazioni delle emazie. La puntura della milza e del fegato e gli esami anatomici indicano una trasformazione mieloide ed eritroblastica della milza e del fegato con o senza megacariocitosi tissulare. Queste osservazioni sono descritte sotto denominazioni varie: mielosi aleucemica, mielosi aleucemica megacariocitaria, eritroblastosi. In realtà, secondo gli Autori, si tratterebbe di un unico processo morboso e ciò essi dimostrano in base ad un caso personale e ad altri registrati nella letteratura. F. TOSTI.

Rapporti fra ulcera e carcinoma dello stomaco.

Vecchia questione questa dei rapporti fra le due affezioni, a cui P. I. Elizalde e O. A. Itoiz portano un ampio contributo anche isto-patologico (*Arch. arg. enferm. ap. degestivo y nutricion*, ottobre-novembre 1938). Non può mettersi in dubbio che esista l'associazione dell'ulcera col cancro, *in situ* od in punti vicini dello stesso stomaco; l'isto-patologia, però, dimostra soltanto la coesistenza, ma non dei rapporti etiologici diretti da causa ad effetto.

Gli eventuali rapporti etio-patogenetici sono ipotetici ed indiretti: entrata del « virus » cancerigeno per la porta dell'ulcera, proliferazione di epiteli degenerati nel processo di cicatrizzazione dell'ulcera, fattore irritativo della gastrite cronica accompagnante l'ulcera, *locus minoris resistentiae*, ecc. Tutte ipotesi per le quali manca la dimostrazione.

Il fatto della rarità di cancerizzazione dell'ulcera del duodeno è contrario all'ipotesi di un'ulcera come causa diretta del cancro e fa propendere per l'associazione di due processi distinti in un organo in cui entrambi si localizzano con grande frequenza. Ad ogni modo, concludono gli AA., lo studio del problema merita di essere ulteriormente approfondito. *fil.*

L'aumento della pressione e la sua cura.

La pressione del sangue (H. Dennig, *Die Med. Welt*, 19 novembre 1938) aumenta progressivamente con l'età: sui 90 nel bambino di 5 anni, 105 all'età di 9 anni, arriva a 110-130 tra i 20-30 anni. Per l'età successive può servire la regola che la pressione dovrebbe superare i 100 di tanti mm. quanti anni ha l'individuo: dunque 140 a 40 anni, 170 a 70 anni. I fattori che regolano la pressione sono la grandezza del torrente circolatorio, l'elasticità delle pareti vasali, la forza delle contrazioni cardiache, la quantità e la viscosità del sangue. Questi fattori vengono regolati in parte dal sistema nervoso, in parte da ormoni, tra cui prevalgono per importanza quelli della surrenale. Oltre a questi ormoni la pressione del sangue può venire aumentata da sostanze tossiche di varia natura e da prodotti del ricambio: in pochissimi casi riesce di stabilire quale sia la causa originaria e principale di una ipertonia: ciò si può dire sopratutto per i casi di ipertonia cosidetta essenziale. Un unico fattore di ipertonia è stato possibile identificare negli ultimi anni, cioè la disposizione ereditaria: in gemelli monocori p. es. si sono constatate ipertonie analoghe.

I disturbi dovuti alla ipertonia spesso non sono paralleli alla altezza della pressione: alcuni ammalati con pressione molto alta, per lungo tempo non si accorgono di essere ammalati: fino a che il disturbo non viene scoperto accidentalmente. Altri invece soffrono fin dai primi tempi di cefalea che è il sintomo più frequente, che compare accessual-

mente oppure persiste e che si può localizzare nelle più diverse regioni della testa.

Altri sintomi sono il battito molesto alle arterie, il ronzio agli orecchi, le vertigini. Più importanti sono le alterazioni psichiche, dovute alla cattiva circolazione nel cervello: è caratteristica la labilità dell'umore con prevalenza di stati depressivi.

Le tre forme di esito della ipertonia sono l'apoplessia, la insufficienza del cuore e la insufficienza dei reni con uremia.

Un elemento prognostico importante è la altezza della pressione.

In genere i pazienti con una pressione sopra i 250 non vivono a lungo, la prognosi è però molto peggiore nei casi in cui il valore alto è fisso, che nei casi in cui esso oscilla, se anche nei periodi massimi raggiunge valori molto elevati. Se i pazienti sono tenuti a riposo a letto nei casi a prognosi buona la pressione diminuisce notevolmente in poco tempo, mentre rimane invariata nei casi a prognosi cattiva. Importante per la prognosi è anche la funzionalità del cuore, come pure la funzione del rene. La presenza di albuminuria non influisce sulla prognosi mentre è un cattivo segno la isostenuria. Preannunziano una uremia l'aumento dell'azoto residuo e quello dell'indacano nel sangue.

Criteri prognostici più importanti che dall'esame dell'urina si ottengono dall'esame del fondo oculare. Alterazioni notevoli del fondo oculare danno una prognosi cattiva, la vera retinite angiospastica è un indizio molto grave.

Cura. — Per la cura dell'alta pressione il tenore di vita supera per importanza la somministrazione di farmaci. I pazienti devono evitare qualsiasi notevole fatica o sforzo continuato. La dieta è bene sia povera di albumina e di sale. L'alcool e il tabacco vanno molto limitati. Importante è regolare le funzioni intestinali, cercando di ottenere delle feci molli che vengono evacuate senza sforzo; gli sforzi aumentano in grado notevole la pressione del sangue e possono determinare una apoplessia. Il mezzo migliore per diminuire la pressione del sangue è il salasso: l'efficacia di esso dura però soltanto poche ore o pochi giorni. La cura medicamentosa passa in seconda linea: non esiste una sostanza che riesca ad abbassare la pressione per più tempo.

Si usano sostanze che negli esperimenti su animali dimostrano di dilatare i vasi: varii derivati purinici, nitriti, derivati dalla colina ed estratti di organi. L'uso dell'iodio nelle malattie dei vasi è dovuto soltanto ai buoni risultati che con esso si sono ottenuti nei casi dovuti alla sifilide: a poco a poco esso viene abbandonato negli altri casi.

Spesso si danno dei calmanti, fra cui dà buoni risultati il luminale.

Nelle ipertonie che si iniziano durante il climaterio si è tentata la somministrazione di ormoni sessuali. Sono fatti anche tentativi di cure chirurgiche: la pressione del sangue diminuisce se si sezionano i nervi simpatici di vasti territori o se si asporta un pezzo delle glandole surrenali. Sono però operazioni che producono tutto un gruppo di effetti secondari molesti. Con mezzi appropriati si combatte la debolezza del cuore P.

Il solfato di lobelina, le sue proprietà farmacologiche ed il suo uso nel trattamento della abitudine al tabacco.

Gli studi recenti hanno stabilito che l'uso del tabacco è definitivamente controindicato in presenza di certi processi patologici, per esempio malattie dell'apparato circolatorio, ulcere gastriche e duodenali. Il problema di imporre la forzata astinenza dal tabacco diviene quindi sempre più importante nella pratica medica, senonchè nessuno dei mezzi terapeutici sinora sperimentati sembra aver risposto allo scopo.

Poichè la lobelina somiglia alla nicotina per molte delle sue proprietà farmacologiche J. Wright e D. Littauer (*Journ. A. M. A.*, 28 agosto 1937) hanno voluto studiare le possibilità del solfato di lobelina quale medicamento di sostituzione.

La lobelina è il principale alcaloide della Lobelia Inflata, conosciuta comunemente col nome di tabacco Indiano. I principali effetti del medicamento sono dovuti all'azione sul centro respiratorio e sui gangli autonomi; la lobelina è altresì un potente emetico.

Gli AA. hanno voluto studiare se, mediante essa, si potessero disabituare all'uso del tabacco dei fumatori di sigarette, di sigari o di pipa. Ad ognuno dei soggetti in esperimento veniva consegnato un certo numero di capsule contenenti ciascuna gr. 0,008 di solfato di lobelina e si consigliava loro di prenderne una ogni volta che insorgesse il desiderio di fumare.

I risultati di queste esperienze vengono così formulati dagli AA.: 1) il solfato di lobelina somministrato oralmente non può essere consigliato per la cura della abitudine al tabacco. Ciò perchè il farmaco determina notevoli disturbi gastro intestinali, variabili da soggetto a soggetto, disturbi che vanno da semplici eruttazioni e senso di nausea al vomito profuso. 2) Il solfato di lobelina produce effetti nicotino-simili sulla circolazione periferica. In certi individui si verifica una vaso costrizione con un abbassamento della temperatura cutanea. 3) Il solfato di lobelina come la nicotina, produce in certi individui un aumento del tasso glicemico. 4) Ulteriori studi con dosi più piccole del farmaco potranno esser compiuti, ma fintanto che essi non siano stati portati a termine non si può incoraggiare l'uso del solfato di lobelina per lo scopo di cui sopra si è detto. IANDOLO.

NOTE DI ANESTESIA CHIRURGICA.

L'anestesia col ciclopropano.

Da circa due anni introdotto dall'America il ciclopropano è stato largamente usato come anestetico da L. G. Amiot (*La Presse Médicale*, n. 92, 16 novembre 1938) nel reparto del prof. Gosset.

Il ciclopropano è un carburo di idrogeno gassoso facile a dosare e non alterabile. Non dà senso di soffocazione, di angoscia, non ha odore sgradevole, procura il sonno senza che il paziente se ne accorga; il risveglio si ha rapido ed integrale, senza alcun disturbo. A causa della sua infiammabilità riesce pericoloso l'uso del bistori elettrico o di apparecchi ad alta frequenza o ad alta tensione. Può usarsi il termocauterio o il galvanocauterio purchè distanti dalla maschera usata per l'anestesia.

Il ciclopropano liquefatto sotto 7 chilogr. circa di pressione è contenuto in piccoli cilindri di rame nichelato da cui si estrae con semplice rubinetto a vite. È solubilissimo nel sangue, non irrita le mucose, provoca rapida narcosi. Viene usato alla miscela di 20 % di ciclopropano e 80 % di ossigeno; si ottiene l'anestesia senza alterazione dell'ematosi e senza provocare iperglicemia, a differenza del protossido di azoto. È consigliabile perciò nei diabetici.

Il ciclopropano, meno degli altri anestetici altera il metabolismo ed è poco tossico per le glandole endocrine. È innocuo pel fegato, pel sangue, per i reni. È controindicato negli emofiliaci ed in certi interventi (tiroidectomia) perchè provoca emorragia capillare a nappo spesso in modo considerevole.

In America viene usato a preferenza nella chirurgia polmonare, specie nei tubercolosi. Nei cardiopazienti può usarsi senza alcun pericolo, purchè non si tratti di malati in periodo di scompenso. Essendo di difficile preparazione il ciclopropano ha un prezzo elevato, e perciò è somministrato a circuito chiuso con apparecchio costruito, su suggerimento dell'A., da Robert e Carrière. La narcosi va fatta da persona tecnicamente ben preparata.

F. Tosti.

MEDICINA SCIENTIFICA

Le variazioni leucocitarie come indice di immunità.

G. Wallbach (*La Sang*, n. 9, 1938) in precedenti studi, ha osservato che mentre l'inoculazione endovenosa di batteri virulenti in conigli normali determina immediatamente in questi una leucopenia con linfocitosi relativa del 90 % per una durata di almeno tre ore, l'inoculazione invece di tali batteri in conigli già trattati con gli stessi batteri o immunizzati passivamente determina una leucopenia e una linfocitosi molto meno spiccata; anzi la durata e l'intensità di tale leucopenia linfocitaria è inversamente proporzionale all'intensità dell'immunità ed inoltre è specifica per ogni tipo di germe in quanto l'inoculazione di batteri diversi da quelli verso i quali è stato immunizzato l'animale provoca una leucopenia accentuatissima. In conclusione anche le variazioni leucocitarie sono specifiche come le agglutinazioni. Ecco perchè l'A. ha voluto studiare comparativamente il comportamento di tali due indici di immunità (quello delle variazioni leucocitarie e quello delle agglutinazioni), anche perchè fino adesso la determinazione delle agglutinine era il solo metodo riconosciuto atto ad indicare le relazioni di parentela fra diversi batteri.

L'A. conclude le sue ricerche affermando che, per quanto sia il metodo delle variazioni leucocitarie che quello delle agglutinine siano metodi esatti, tuttavia i risultati di essi non corrispondono sempre giacchè si manifestano differenti condizioni di immunità.

F. Tosti.

VARIA

Un medico che "conosce„ la morte.

Il dott. Minovici è l'uomo vivente che meglio conosce la morte. « La prima volta che sono morto — ha raccontato il dottor Minovici ad un giornalista — è stato nel mio letto. Con le due mani mi sono stretto con tutte le forze la gola, e dopo cinque secondi un velo prima porpora e poi nero è sceso davanti ai miei occhi. Delle immagini coerenti hanno sfilato davanti al mio sguardo interno. Poi ho risentito come una formidabile scossa elettrica. Tanto divenne improvvisamente nero e perdetti la conoscenza ».

Il dott. Minovici è direttore dell'Istituto di Medicina Legale di Bucarest; egli che in questi ultimi cinque anni ha esaminato ben 3024 casi d'impiccagione in Romania, ha voluto studiare il segreto della morte. Scienziato coscienzioso, ha voluto completare le sue documentazioni con esperienze personali. Dodici volte si è strangolato o impiccato a metà: cinque volte l'esperienza è stata spinta fino alla perdita totale della conoscenza. L'ultima volta il dott. Minovici è rimasto « morto » per 26 secondi, appeso ad una fune, azionata da un suo aiutante.

(*Rass. intern. di Clinica e Terapia*, 31 dicembre 1938).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

L. Laureati. *Sulla tubercolosi d'una vertebra soprannumeraria.* Tip. Minerva Medica, Torino, 1938.

A. Cucco. *Profilassi visiva.* Libreria Ciuni, Palermo, 1938.

P. Albanese. *Terapia immunitaria delle malattie allergiche del paradenzio.* Off. Grafica Freschnig, Parma, 1938.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza del Regime ai grandi invalidi del lavoro.

L'assistenza del Regime ai grandi invalidi del lavoro continua a svolgersi in pieno — a traverso gli organi a ciò delegati — in vista del raggiungimento degli importanti fini sociali e politici che a traverso tale assistenza si vogliono conseguire. Sarà perciò interessante conoscere i dati relativi all'attività svolta durante il primo anno d'applicazione del nuovo regolamento per cui i compiti già affidati all'Istituto nazionale di assistenza ai grandi invalidi del lavoro vennero demandati all'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli infortuni del lavoro.

Prescindendo dalle realizzazioni attuate o in corso di attuazione per approntare e perfezionare gli organismi di assistenza, quali la costruzione, l'ampliamento e l'attrezzatura di Istituti ortopedici e di rieducazione, la più intensa attività si è svolta a traverso il ricovero ospitaliero, le cure domiciliari, la fornitura di medicinali e di presidii sanitari, la fornitura di attrezzi da lavoro ai rieducati, la fornitura di indumenti e libri scolastici, ed infine l'assistenza sociale in genere, che va dal collocamento all'interessamento vigile ed amoroso per aiutare gli invalidi nelle varie difficoltà che possono incontrare nella loro vita. Infatti uno degli scopi dell'assistenza è appunto questo che può chiamarsi di carattere morale mirante allo scopo di creare più ampia e concreta comprensione per i grandi invalidi del lavoro, affinchè questi abbiano quel posto di cui il loro grande sacrificio li ha resi meritevoli.

Vediamo ora come l'attività assistenziale di cui più sopra abbiamo detto si è praticamente svolta. Il numero degli invalidi così assistiti è stato di 2193 con un complesso di 42.023 prestazioni così suddivise fra i quattro grandi gruppi fondamentali da cui sono costituite: degenti 816; forniture protetiche 1964; assistenza sanitaria 29.913; assistenza sociale e varia 9330.

Di tali prestazioni 29.338 sono state svolte a favore di grandi invalidi infortunati nell'industria; n. 11.868 di quelli dell'agricoltura; n. 817 per i grandi invalidi di altre categorie di lavoro. I grandi invalidi esistenti alla fine del 1937 erano 6923. La percentule degli assistiti risulta quindi notevolmente elevata.

Secondo la distribuzione per età essi risultano; 90 di età inferiore a 20 anni, 751 da 21 a 30 anni, 1516 da 31 a 40 anni, 1378 da 41 a 50 anni, 1343 da 51 a 60 anni, 1208 da 61 a 70 anni, 529 da 71 a 80 anni, 108 da 81 a 90 anni. Nel complesso, pertanto, circa il 53 per cento risultano nell'età da 20 a 50 anni. Gli uomini sono 6123, le donne 800.

CONCORSI.

Posti vacanti.

LA SPEZIA. *Ospedale Civile Vittorio Emanuele II.* — Concorso per Primario specialista di oftalmoiatria modificato e prorogato al 4 marzo 1939-XVII. Chiedere copia dell'avviso alla Segreteria dell'Ospedale. Il Presidente: Avv. G. Viglione.

PARMA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico assistente del Centro di Assistenza e Profilassi Sociale di Parma e medico direttore della Sez. dispensariale di Borgo Val di Taro e Fornovo; assegni annui L. 14.000 e L. 10.000; 4 quadrienni dec.; è consentito il libero esercizio profess. Età limite 40 a. Tassa L. 50. Per altre condizioni rivolgersi alla Segreteria. Scad. 28 febbr.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto: Ancona Palombina, Foligno II°, Paganica, Pesaro II°, Piediluco, Rieti II°, Tuoro (Ancona); Bernalda, Margherita di Savoia, Mesagne, Potenza I° (Bari); Argenta, Arquà, Bevilacqua, Castelmaggiore, Cervia, Gonzaga-Reggiolo, Mirandola-Ozzano, Polesella, Rimini III°, Savio, S. Felice sul Panaro (Bologna); Giave, Mores, Ploaghe (Cagliari); Borgo S. Lorenzo I°, Certaldo, Rapolano (Firenze); Kovino II°, Calitri-Pescopagano, Campomarino, Castelfranci, S. Severo I° (Foggia); Ceriale, Frugarolo, Laigueglia, Prasco-Cremolino, Mignanego (Genova); Borgo Ticino, Capriolo, Crescenzago, Delebio, Ghedi, Milano Rogoredo, Peschiera, Pizzighettone, Robecco d'Oglio, S. Zeno Folzano, Verdello (Milano); Albanova, Falciano-Mondragone, Ripabottoni, S. Anastasia (Napoli); Balestrate, Canicattì I°, Cefalù II°, Comitini, Fulgatore (Palermo); Civitella-Paganico, Monte Amiata, Montepescali, Ozzano Taro, Pisa I°, Pontedera II° (Pisa); Feroleto Antico, Palizzi, Rosarno II°, S. Eufemia Lamezia (Reggio Calabria); Campoleone, Gallese Teverina, Palidoro, Palo, Sezze Romano I°, Stimigliano, S. Marinella (Roma); Bagnasco, Baldichieri-Tigliole, Borgofranco, Borgosesia, Centallo, Chiomonte, Oviglio, Spigno, Strambino, Valle, Vernante (Torino); Grigno, Mezzocorona, Valdaora, Villabassa (Trento); Aidussina, Fiume II°, Pola (Trieste); Cismon del Grappa, Feltre, Motta di Livenza II°, Schio, S. Stino di Livenza, S. Vito al Tagliamento, Valvasone, Vicenza III°, Vittorio Veneto (Venezia).

Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 28 febbraio 1939-XVII.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Gianmaria Fasiani, titolare della cattedra di clinica chirurgica generale e terapia chirurgica e direttore generale della stessa clinica all'Università di Padova, è stato chiamato all'Ateneo milanese in sostituzione del prof. Donati.

Il prof. dott. Francesco Paolucci, chirurgo primario all'Ospedale dei Pellegrini di Napoli, è nominato direttore tecnico dell'ospedale civile di Avellino.

Il prof. A. D'Avack, vice presidente dell'Accademia Lancisiana di Roma, da molti anni insegnante di medicina operatoria presso l'Università e la Scuola di specializzazione in chirurgia

di Roma, è nominato, su proposta del Duce, grande ufficiale della Corona d'Italia.

Il premio Umberto I di ortopedia, assegnato ogni 5 anni, è stato ora conferito al dott. Fr. Pauwels, primario della Sezione ortopedica dell'Ospedale Civile di Aquisgrana.

Il prof. Antonio Poli, della Clinica ortopedica della R. Università di Milano, è nominato direttore dell'Istituto ortopedico « Matteo Rota » di Bergamo, quale successore del compianto prof. Nastrucci.

Il dott. Vincenzo Arancio di Caltagirone è nominato ufficiale sanitario e direttore dell'Ufficio d'igiene della città di Catania, essendo risultato primo negli esami del relativo concorso, svoltosi in Roma.

NOTIZIE DIVERSE

Una scuola medica clinico-ospedaliera a Roma.

In seguito ad accordi intervenuti fra il Presidente degli Ospedali di Roma e il Rettore della Università, con l'autorizzazione del Ministero dell'Educazione Nazionale, è stata istituita in Roma la nuova Scuola Medica clinico-ospedaliera, alla cui costituzione e collaborazione sono chiamati i professori universitari ed i primari degli Ospedali romani.

Il 3 gennaio si è insediato il Comitato Direttivo della Scuola, che è così composto:

Prof. Giovanni Perez, preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, e ordinario di Patologia Chirurgica della Università di Roma, Presidente;

Prof. Paolo Alessandrini, primario degli Ospedali di Roma, vice-presidente;

On. Prof. Raffaele Paolucci, ordinario di clinica Chirurgica, in rappresentanza del Sindacato medico;

Prof. Cesare Frugoni, ordinario di Clinica Medica;

Prof. Antonio Sebastiani, primario degli Ospedali di Roma.

La nuova istituzione, che viene a colmare una vecchia lacuna nel campo dell'aggiornamento medico, accoglie, in spirito di cordiale collaborazione, i più noti elementi e le personalità più rappresentative della scienza medica romana, e sarà accolta dai medici con vero compiacimento ed interesse.

La nuova Scuola si propone di esercitare l'insegnamento pratico agli studenti ed ai laureati di medicina e chirurgia, e di fare corsi di aggiornamento culturale a favore dei medici abilitati all'esercizio professionale.

Tali corsi, per il corrente anno, dovranno svolgersi per i medici nel mese di maggio, secondo un programma che sarà prossimamente reso noto.

La Segreteria della Scuola è al Policlinico Umberto I.

" Come si difende la Razza ". Una conferenza del prof. G. Petragnani.

Nella sede centrale dell'Istituto nazionale di cultura fascista, il prof. G. Petragnani, direttore generale della Sanità pubblica, ha tenuto la terza lezione del Corso di politica fascista della Razza.

Parlando sul tema « Come si difende la Razza » l'oratore ha ricordato anzitutto che la difesa della popolazione italiana, concepita dal Duce fin dai primi anni di Governo nel quadro della politica demografica, ha subìto recentemente significative precisazioni e sviluppi in ordine alla conquista dell'Impero ed agli avvenimenti nazionali ed internazionali.

Dopo aver accennato ad alcune sofferenze che minano l'integrità, della razza, l'oratore ha illustrato le finalità dell'organizzazione sanitaria del Paese ad incominciare dal nuovo orientamento degli Uffici comunali di igiene per passare ai nuovi centri assistenziali, soffermandosi sul valore dell'estesa rete di ambulatori, dispensari consultivi, preventori, colonie permanenti e temporanee, convalescenziari, cronicarii. Col grandioso sviluppo di queste istituzioni create, perfezionate e potenziate dal Regime, l'assistenza sanitaria ha subìto un profondo mutamento di indirizzo per cui ora non è più rivolta solo alla cura degli infermi, ma prevalentemente alla eliminazione dei fattori ambientali e sociali che favoriscono o sono causa di malattia, alla prevenzione delle sofferenze, alla diagnosi e alla cura precoce per evitare lo stabilirsi di stati di invalidità.

L'oratore ha accennato poi alle particolari funzioni che l'O.N.M.I. e la G.I.L. svolgono a favore rispettivamente della madre e del fanciullo e della gioventù, al valore ricreativo e sanitario delle manifestazioni dell'O. N. D., all'azione parimenti educativa del C.O.N.I., ai grandi effetti sociali, economici e sanitari della bonifica integrale e del risanamento dei centri urbani in cui sorgono oggi interi quartieri di case minime ma razionali per il popolo.

Egli ha espresso, infine, la certezza che la Razza Italica, costituitasi in unità fin dalle guerre puniche, consolidatasi ai tempi dell'Impero Romano, risorta, con rinnovata coscienza, all'epoca dei Comuni, folgorante nel Rinascimento con le sue schiere di pionieri e di uomini eminenti in ogni campo del pensiero e del valore umano, ha davanti a sè un sicuro destino: quello tracciato dal suo Duce che la guida e la governa.

Commemorazione di Petrus Camper.

Riceviamo:

Lectori salutem.

La Facoltà di medicina dell'Università di Groninga ha l'onore d'informare che si propone, in collaborazione della « Het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde » (Rivista olandese di medicina) e dell'Associazione per lo studio della storia della medicina, della matematica e delle scienze naturali, di commemorare, il 29 e il 30 aprile 1939, la vita e l'opera di Petrus Camper, morto 150 anni fa.

La commemorazione di questo gran medico, anatomico, ostetrico e artista, che durante dieci anni è stato professore nella Facoltà di medicina in Groninga, avrà luogo in una seduta solenne del Senato dell'Università, mentre nello stesso tempo sarà organizzata una esposizione di tutte le opere e di tutti i disegni fatti dal Camper.

Nella seduta del Senato, che si terrà nell'aula accademica il sabato sera, 29 di aprile, parleranno il dottore B. W. Th. Nuyens di Amsterdam e parecchi professori della Facoltà di medicina di Groninga.

L'esposizione, che avrà luogo nell'Ospedale Accademico di Groninga, sarà accessibile a tutti quelli che vi s'interessano, il 29 e il 30 di aprile e, se del caso, i giorni seguenti. Vi saranno espo-

sti per la prima volta tutti i disegni originali di Camper: tanto quelli che si riferiscono all'anatomia e alla scienza delle razze come quelli nei quali il Camper ha notato con maestria tutto ciò che aveva osservato nei suoi viaggi attraverso l'Europa; la bella collezione appartiene parte alla Biblioteca dell'Associazione olandese di medicina di Amsterdam, parte alla Biblioteca dell'Università di Leida.

Vi sarà esposto anche un certo numero di preparazioni anatomiche fatte dal Camper e descritte o riprodotte da lui nelle sue opere, preparazioni che la buona fortuna salvò dall'incendio che distrusse l'Università di Groninga nel 1906.

Il Comitato organizzatore: J. L. B. Engelhard, G. van Rijnberk, D. Schoute.

Groninga, dicembre 1938.
Segretaria: Oostersingel, 63.

Una preghiera alla cortesia dei colleghi italiani.

È noto che dal 1903 io consiglio ai medici italiani la vaccinazione preventiva contro la tubercolosi, mezzo che ritengo sia quello di più facile attuazione e più economico per la lotta sociale.

Dal 1903 ad oggi si vaccina dal più al meno in tutti i paesi con vaccini vari, ma tutti costituiti in materiali tubercolari.

In Italia ve ne sono due autorizzati dal Governo: quello suggerito da me che vorrei designare colla sigla « V. I. B. M. » cioè Vaccino Italiano a Bacilli Morti, e quello del mio insigne amico, S. E. il prof. Petragnani, direttore della Sanità, che ritengo buonissimo quanto il mio.

Ciò premesso io prego tutti i cortesi colleghi che hanno praticate vaccinazioni dal 1903 ad oggi di volermene sommariamente informare indicando il vaccino usato, il numero dei vaccinati e, possibilmente, l'età di essi, i risultati constatati e gli inconvenienti eventualmente riscontrati.

Mi sarà caro conoscere ancora se i vaccinati erano allergici o no; dettaglio utile a sapersi dal punto di vista scientifico; inutile pel giudizio realistico sulla vaccinazione preventiva, quale mezzo di lotta sociale contro la tubercolosi.

Ringrazio anticipatamente i colleghi che avranno la cortesia di esaudire la mia preghiera.

Prof. E. Maragliano (Genova)

Scambio di messaggi fra le Croci Rosse italiana e britannica.

In occasione della venuta a Roma di Lord Chamberlain il presidente della Croce Rossa Italiana ha inviato un telegramma di saluto alla Croce Rossa Britannica. Il presidente della Croce Rossa Britannica ha così risposto:

« Senatore Filippo Cremonesi - Roma. — La Società di Croce Rossa Britannica ringrazia cordialmente Voi e la C. R. I. per il vostro gentilissimo messaggio e saluta la ripresa delle relazioni amichevoli da tempo esistenti fra le nostre due grandi Nazioni. Possano le importanti riunioni che attualmente hanno luogo in Roma condurre ad una pace durevole tanto vivamente desiderata da entrambi i Paesi — Arthur Stanley ».

Azione antimalarica nella provincia di Milano.

Il Comitato antimalarico di Milano continua a svolgere la sua attività per combattere gli ultimi residui della infezione malarica, mediante controllo e cura dei malarici e un'intensa bonifica antianofelica.

Sono stati in funzione 26 ambulatori antimalarici nei Comuni più colpiti e si sono distribuiti a scopo profilattico e curativo chili 172.100 di bisolfato di chinino, 45.850 di bicloridrato di chinino, 29.420 di tannato, 344 scatole di soluzione di bicloridrato, chili 14.700 di compresse di chinino, ferro, ecc. e 1350 di atebrina.

La morbosità malarica è lieve ed in diminuzione; dai 2850 casi nel 1931 si è scesi a 1185 nel 1938.

Venne pure effettuata la bonifica chimica delle acque stagnanti e si sono eliminati 53 focolai anofeligeni per una superficie complessiva di metri quadrati 20.790.

Nella stampa medica.

L'Associazione Medica Britannica annunzia la pubblicazione del « British Heart Journal », destinato alle malattie del cuore e dei vasi, a periodicità trimestrale, diretto dai dottori Maurice Campbell e Evan Bedford. La pubblicazione è fatta a richiesta della Società Cardiologica della Gran Bretagna e dell'Irlanda. Essa non interferisce col periodico diretto da sir Thomas Lewis e che aveva per titolo « Heart », poi divenuto « Clinical Science » mantenendo lo stesso indirizzo. Questo periodico, infatti, è destinato alla cardiologia sperimentale, mentre il nuovo concernerà prevalentemente la diagnosi e la terapia clinica. I cardiologi di tutti i paesi sono invitati a collaborarvi. Rivolgersi al Dr. Maurice Campbell, 25 Upper Wimple Street, London W. 1, Inghilterra.

La « Semana Medica Española », anno I, n. 8, recante la data 22 ottobre 1938, giunta a Roma il 5 gennaio, dà notizia dei periodici medici che si pubblicano nella Spagna nazionale, ove successivamente sono comparse: la « Revista de Sanidad e Higiene Pubblica », la « Semana Médica Española », la « Revista Española de Medicina y Cirugia de Guerra », la « Revista de Medicina y Cirugia » e la « Medicina Española ».

Un po' dovunque.

Si è celebrato il decennale dell'Accademia d'Italia; gli accademici si sono recati all'Altare della Patria e al Sacrario dei Caduti per la Rivoluzione; il presidente della massima istitutzione culturale del Regime ha inviato un telegramma di saluto al Duce.

Al Convegno di Roma per la « Valorizzazione del patrimonio idro-minerale », il Centro di studi talassoterapici per la Riviera di Romagna presenterà una nota sul tema: « Coltivazione e rimboschimento degli arenili anche agli effetti di una razionale talassoterapia ».

I medici dimoranti in località marittime possono aiutare lo sviluppo di questa iniziativa che ha incontrato l'appoggio del Sindacato naz. fasc. dei medici, collaborando frattanto alla raccolta di notizie, specialmente riguardanti i possibili miglioramenti da apportarsi ad arenili od immediati retro-terra di spiagge italiane, indicando altresì i mezzi più acconci per ottenere tali miglioramenti. Le notizie vanno inviate all'Ufficio Stampa medica italiana in via Vallazze 39, Milano.

L'Unione internazionale contro il cancro ha fatto coniare, in occasione della « Settimana », una medaglia rappresentante i coniugi Curie: la riproduzione in bronzo importa fr. 60, quella in argento fr. 160; il resoconto della « Settimana » verrà pubblicato nel 1° numero degli « Acta », che sarà

posto in vendita a fr. 65. Rivolgersi alla segreteria generale, rue Soufflot 18, Paris 5e.

La Sezione di Cultura Medica del Sindacato Fascista Medici della Provincia di Vercelli si è adunata il 14 ottobre e il 25 novembre, sotto la presidenza del prof. U. Ferri, assistito dal segretario dott. E. Re. Sono state fatte comunicazioni da: P. Mino, A. Ranno, U. Ferri, E. Erba, C. Cantone; E. Crispolti, U. Ferri — A. Petterino, D. Accivile, G. Goytre.

Il Re dei belgi ha accordato il suo alto patronato alla 18a sessione delle Giornate Mediche di Bruxelles, indette a Liegi per il prossimo giugno.

L'on. prof. Amedeo Perna, direttore della clinica stomatologica di Roma, ha tenuto a Potenza, il 15 gennaio, una conferenza sulla profilassi delle più comuni malattie della bocca.

Negli ospedali di Parigi hanno lasciato il servizio per ragioni di età alcuni medici di larga reputazione: P. Emile-Weil (ospedale Ténon), Herscher e Heitz-Boyer (Lariboisière), Pagniez (Sant'Antonio), Marion (Cochin).

Negli Stati Uniti il sottosegretario all'igiene ha dimostrato che, nei riguardi delle dieci malattie più importanti, la mortalità è molto più elevata per gli abitanti il cui reddito è inferiore a 1000 dollari l'anno (circa 20.000 lire it.), di fronte a coloro che hanno un reddito superiore. Ciò in rapporto con le condizioni di lavoro, di vitto e di alloggio più scadenti.

La lotta contro il sensalismo medico è stata organizzata e viene condotta attivamente dal Sindacato medico di Napoli, oltre che da quello di Palermo.

Nella stampa quotidiana sono date notizie sulle azioni compiute a Milano da dentisti ebrei ai danni della ditta Libè, fornitrice di materiale odontoiatrico.

In occasione delle celebrazioni spallanzaniane, che si svolgeranno all'Università di Pavia nell'aprile 1939, per iniziativa del Sindacato nazionale veterinari e dell'Istituto per la fecondazione artificiale, avrà luogo la prima adunata nazionale dei veterinari per la fecondazione artificiale con la contemporanea inaugurazione del Centro pavese di fecondazione artificiale. Le basi scientifiche dell'attualissimo problema, date da Lazzaro Spallanzani, sono state recentemente riprese in Italia.

È stata raccolta e donata all'Università di Milano la somma di L. 64.700 da un Comitato per le onoranze tributate al prof. Luigi Zoja, emerito dell'Università, per la istituzione di una borsa di studio « Luigi Zoja » da conferirsi ogni tre anni a un laureato in medicina e chirurgia per perfezionamento in Patologia o Clinica medica.

Un corso di conferenze sulla patologia umana, a cura della Sezione medico-biologica del Guf di Milano, è stato iniziato la sera del 12 dicembre nell'aula magna dell'Università, con una prolusione di S. E. il prof. Rondoni.

In occasione della Settimana del cancro la R. Accademia dei Fisiocritici di Siena ha indetto sedute straordinarie nelle quali sono stati trattati esclusivamente argomenti inerenti ai tumori maligni. Tali sedute hanno avuto luogo nei giorni 10, 15 e 20 dicembre.

Il gr. uff. prof. Prassitele Piccinini ha donato L. 20.000 all'Università di Milano, per l'istituzione di un premio « Elide Piccinini Stramezzi », a favore di laureati in medicina e chirurgia per la migliore tesi su argomento che abbia attinenza con l'O.N.M.I.

Il prof. Franz Volhard, clinico medico all'Università di Francoforte sul Meno, ha lasciato il posto avendo raggiunto l'età di 68 anni. È notissimo per gli studi sulla funzione renale, sull'ipertensione arteriosa e per la scoperta del fermento lipolitico nel succo gastrico.

Il bilancio per l'assistenza pubblica a Parigi è preventivato in fr. 1.009.790.000. Il prezzo della giornata di degenza è portato da fr. 44 a 65 per la medicina e da fr. 46 a 67 per la chirurgia, in rapporto con la svalutazione del franco, per l'inflazione.

Nell'Africa meridionale si è accertata una forma d'intossicazione, caratterizzata principalmente da polinevriti prodotte da orto-tricresil-fosfato, prodotto che si usa nell'industria delle vernici e nella fabbricazione di pellicole e anche come abortivo. Ne sono stati descritti 67 casi, in parte a Durham e dintorni, in parte su di una nave che aveva fatto scalo a Durham.

A Napoli le indagini per un infanticidio hanno portato alla scoperta della vendita di un neonato, figlio di una giovane che desiderava di occultare il parto, a una donna che desiderava di avere un bimbo: intermediaria una levatrice, Gismonda Mercuri. La legge è severa nel punire tali reati: le tre responsabili devono rispondere di falso in atto pubblico, soppressione di stato civile, ecc.

A Montevideo, nei giardini dell'Ospedale « Pereyra Rossell », di fronte alla Clinica pediatrica, che fu diretta per lunghi anni da Luis Morquio, è stato eretto un busto in bronzo, su base di granito, a ricordo del fondatore della pediatria uruguayana.

Nella Danimarca infierisce l'afta epizootica. Anche gli animali del giardino zoologico di Copenaghen sono stati contagiati sicchè è stato necessario abbatterne parecchi, tra i quali un magnifico esemplare di bisonte americano.

Nell'Istituto di chimica dell'Università di Torino lo studente Agostino Neri, diciottenne, figlio del preside della Facoltà di lettere e filosofia, prof. Ferdinando, è morto avvelenato da esalazioni di acido cianidrico, mentre, da solo, anticipando sull'orario prescritto, eseguiva delle esperienze.

A Firenze un finto malato si è recato in alcuni gabinetti di consultazione medica e durante l'attesa ha rubato gli oggetti che venivano a sua portata, nascondendoli in un'ampia busta di cuoio.

In Addis Abeba si è aperto al pubblico un nuovo poliambulatorio, per nazionali e per indigeni, nel uartiere Filoa.

Nella Spagna nazionale il numero dei letti nei sanatori per tubercolotici durante la guerra è salito da 2000 a 8000; si ha in programma di portarne il numero a 35.000.

Il Governo greco ha fatto erigere due padiglioni destinati a ricevere ciascuno 100 bambini poveri con tubercolosi ossea; cominceranno a funzionare nel corso dell'anno.

La « Casa della studentessa », pensionato femminile universitario, è sorta a Roma sul piazzale delle Scienze, tra il Ministero dell'Aeronautica e il Palazzo delle Ricerche; il pianterreno dell'elegante edifizio è adibito a cucine e refettori; il primo piano a sale di trattenimenti, sala di conferenze, cappella, economato e direzione; gli altri piani a camere da letto, bene attrezzate, con acqua calda e fredda; ampie terrazze sono distribuite ovunque.

Viene segnalato il suicidio del dott. Lieberman, professore di oftalmologia alla Facoltà medica dell'Università reale ungherese « Pazmany » a Budapest.

La Lega argentina d'igiene mentale, presieduta dal prof. G. Bosch, ha inaugurato il suo primo Istituto neuro-psichiatrico a Buenos Aires (calle Giribone 1961). Alla cerimonia assistevano il vice presidente della Nazione R. S. Castillo, la signora del presidente Maria Luisa Iribarne de Ortiz, il ministro della giustizia e dell'istruzione pubblica J. E. Coll, il cardinale primate mons. S. L. Copello ed altre autorità. Il nuovo stabilimento, che sarà diretto dal dott. Lanfranco Ciampi, comprende due Sezioni: una per adulti, con sei servizi medici, e una per bambini, con una scuola per tardivi, capace di 200 posti.

Il prof. V. Jagic ha deciso di adoperarsi per la ricostituzione di un'orchestra medica a Vienna. Un'orchestra medica funziona da tempo a Berlino, sotto la direzione del dott. Julius Kopsch.

Il « Journ. A. M. A. » annunzia che fino alla metà del 1938, i medici profughi provenienti dalla Germania negli Stati Uniti erano 1144, di cui 302 nel primo semestre del 1938; gli austriaci erano 149, di cui 62 nel primo semestre del 1938; gl'italiani nel primo semestre del 1938 furono 26.

Il « Circolo brasiliano di educazione sessuale » ha fondato in Rio de Janeiro un « Ufficio internazionale di educazione sessuale e antivenerea », a scopo di documentazione internazionale.

Durante il 1937 nei 117 crematori della Germania vennero inceneriti 78.332 cadaveri, cioè 9,9 % del totale; nel 1900 erano stati solo 0.05 %.

Dal « Journ. A. M. A. », del 24 dicembre 1938 si apprende che in Germania il commissario della stampa medica specializzata, dott. Klare, ha ordinato che i periodici medici della Germania non debbano più ospitare lavori di ebrei. Inoltre i medici della Germania non potranno abbonarsi a giornali medici stranieri non diretti e editi da ariani. In particolare ha richiamato l'attenzione sul periodico « Ars medici » migrato da Vienna nella Svizzera insieme al suo direttore dott. Max Osterman, un ebreo; il periodico continua a sollecitare abbonamenti in Germania, ma non se ne devono assumere.

L'eliminazione dei medici ebrei dalla Germania ha determinato penuria di medici. Per fronteggiare la situazione e favorire la produzione di medici, il corso degli studi è stato ridotto da 12 a 10 semestri. In Berlino si sono istituiti 17 centri polivalenti di cura e si è rafforzato il personale di 14 stazioni di pronto soccorso; in casi di bisogno ed in mancanza di medici privati, si può ricorrere con fiducia a tali istituzioni.

Si è consentito ai medici ebrei di prestare la loro opera nelle Casse d'assicurazione, limitatamente agli ebrei e famiglie.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 30 Gennaio 1939 - XVII Num. 5

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE MAGGIORE DI VERCELLI
SEZIONE GENERALE MEDICA
diretta dal prof. dott. P. MINO.

Sulla eziologia della leptospirosi nel Vercellese.

Prof. dott. PROSPERO MINO, prim. med. e doc.

In precedenti comunicazioni (1) ho riferito di aver osservato tra i lavoratori delle risaie del Vercellese una forma infettiva a tipo influenzale di solito a decorso benigno, che invece nello scorso autunno si è accompagnata a numerose forme di ittero più o meno grave.

Le indagini istituite hanno messo in evidenza in alcuni casi la presenza di leptospire morfologicamente identiche a quelle di Inada, che in un caso solo si sono potute ottenere in cultura (novembre 1937) senza che sia stato possibile conservarle nei successivi trapianti.

Per accertare la natura delle leptospire osservate restava la determinazione della eventuale presenza di agglutinine ed immunisine nel siero di sangue dei malati.

Le indagini sierologiche da me eseguite su 30 sieri hanno dimostrato la presenza in 15 di essi di agglutinine ad alto titolo verso leptospire ict.-haem, di origine umana e di origine murina, e reazione negativa (a diluizioni superiori a 1:100) verso L. canicola, autumnalis, hebdomadis, typho-gripposa.

La prova di protezione verso virus murino recente ha dimostrato, in 10 sieri positivi che ho potuto saggiare, la presenza di immunisine specifiche. Questi fatti e in modo speciale il risultato della prova delle immunisine assicurano che tali ammalati hanno sofferto di una malattia dovuta alla leptospira ictero-haemorrhagiae classica.

Da accentuare che questi casi positivi si

(1) P. MINO. Giornale della R. Accad. di Med. di Torino, sed. 19 nov. 1937. — ID. Giornale della R. Accad. di Med. di Torino, sed. 4 marzo 1938. — ID. Atti Soc. Lomb. di Med. di Milano, sed. 25 febbraio 1938. — ID. Gazzetta Sanitaria, Milano, n. 5, maggio 1938.

sono ottenuti in parte (7 casi) su individui che avevano presentato ittero e in parte (8 casi) su individui nei quali il decorso della malattia era stato del tutto anitterico.

Il che si accorda bene con la nozione ormai acquisita che la l. i.-h. può dar luogo a delle forme morbose puramente febbrili senza ittero ed a decorso rapido e benigno.

I risultati delle prove sierologiche nei rispetti delle agglutinine e più ancora delle immunisine assicurano che la leptospira ict.-haem, ha causato lo scorso anno (e come vedremo anche quest'anno) tra i lavoratori delle risaie delle forme febbrili anitteriche la cui dipendenza da questa leptospira è stata messa in evidenza dalle mie ricerche dello scorso anno e confermata dai risultati positivi ottenuti nel periodo di monda di quest'anno.

***

Continuando le ricerche sui mondariso ricoverati nei mesi di luglio e agosto di quest'anno ho coltivato nella prima metà di luglio dal sangue di cinque ammalati cinque stipiti di leptospire, morfologicamente identiche alla leptospira classica di Inada, ma che ne differiscono per caratteri sierologici.

Queste leptospire sono agglutinate dai sieri dei malati dai quali esse vennero isolate, ma non sono invece agglutinate dai sieri che agglutinano gli stipici classici. Inoltre esse non sono agglutinate neanche dai sieri immuni verso le lept. ict.-haem. nè da quelli verso L. canicola, autumnalis, hebdomadis, typho-grippposa.

La leptospira da me isolata non ha per la cavia potere patogeno costante, così da rendere possibile la prova delle immunisine. Solo raramente qualche cavia muore dopo 10-15 giorni con un quadro atipico.

Dei sieri esaminati quest'anno provenienti da malati nel periodo di monda (luglio-agosto) 4 hanno dato agglutinazione ad alto titolo solamente degli stipiti di L. ict.-haem. classici, dimostrando così la loro dipendenza eziologica da questa leptospira già constatata lo scorso anno, mentre 20 hanno dato agglutinazione ad alto titolo di tutti i cinque stipiti di leptospira da me isolati ed agglutinazione negativa degli stipiti classici e di quelli di L. canicola, autumnalis, hebdomadis, typho-gripposa e l. acquicole.

Con questi miei stipiti ho esaminato i 15 sieri dello scorso autunno che avevano dato reazione negativa con gli stipiti classici, ed ho ottenuto risultato positivo ad alto titolo.

Questi elementi dimostrano che sia lo scorso anno che questo anno entrano in giuoco nella produzione della leptospirosi da me constatata per la prima volta nei lavoratori delle risaie del Vercellese diverse varietà di leptospire di cui una ha qualità sierologiche tali da renderla identificabile colla leptospira classica (Inada) e un'altra è una leptospira che per le sue proprietà sierologiche si differenzia sia dalla leptospira classica che dalla canicola, dalla autunnalis, dalla hebdomadis, dalla typho-gripposa.

Essa è una nuova varietà finora non conosciuta tra le molte leptospire aventi carattere locale che formano da qualche anno oggetto di numerose ricerche da parte di studiosi sia in Europa che fuori.

Questi risultati sono stati da me comunicati nel 3° Congresso Internazionale di medicina tropicale e sulla malaria, tenutasi ad Amsterdam nel settembre di quest'anno.

***

Questi dati di fatto era necessario ricordare di fronte ad una recente nota del prof. Babudieri (2) nella quale egli comunica di aver coltivato da un ammalato di Pavia una leptospira che ha precisamente le caratteristiche che io ho ricordato come tipiche della leptospira da me coltivata in 5 casi.

Il prof. Babudieri è stato più volte nel Laboratorio della Sezione Medica dove ho eseguito le mie ricerche ed ha avuto conoscenza di tutti i risultati dello scorso anno, ha esaminato e colorato la cultura ottenuta nel novembre scorso.

Quest'anno pure è venuto, a più riprese ed ha avuto notizia del fatto che avevo coltivato da 5 ammalati 5 stipiti di leptospire e che ne avevo in corso la determinazione più precisa. A tale epoca il prof. B. non aveva ancora isolato alcuna leptospira e rendendosi conto della importanza dei risultati da me ottenuti non ebbe ad insistere per avere campioni delle leptospire da me isolate, ritenendo equo che potessi prima espletare le mie ricerche.

Non vi è quindi alcun dubbio che la leptospira che insieme a quella classica dà luogo nel Vercellese alla forma morbosa particolare dei lavoratori delle risaie sia stata per la prima scoperta e ottenuta in cultura da me nel nel novembre scorso e riottenuta nel luglio di quest'anno dal sangue di ammalati, isolando 5 stipiti dei quali ho determinato le caratteristiche eguali fra di loro e diverse da quelle delle altre varietà di leptospire.

---

(2) Policlinico, Sez. Prat., n. 39, 26 settembre 1938-XVI.

Ritengo pertanto che la priorità di accertamento e di determinazione di questa particolare varietà di leptospira mi permetta di chiedere che il nome col quale questa leptospira dovrà essere indicata sia quello di *L. mitis*.

Questo nome tiene conto del carattere di benignità della malattia che questa l. determina e non accomuna l'idea di una causa di malattia a quello di una coltivazione agricola tanto importante.

* * *

Nella attuale stagione del taglio del riso ho isolato altri 6 stipiti che hanno i caratteri già ricordati. Ho inoltre ottenuto dal sangue di ammalati, con ittero e senza ittero il siero dei quali agglutina solamente gli stipiti classici, leptospire che alle prove sierologiche si comportano come gli stipiti classici. Esse sono agglutinate dal siero dei malati di quest'anno e dello scorso anno che agglutinano gli stipiti classici dai sieri anti-Inada, mentre non sono agglutinate dai sieri dei malati che agglutinano gli stipiti locali nè dai sieri immuni verso i miei 5 stipiti locali. Non sono inoltre agglutinate dai sieri anti-canicola, anti-autumnalis, anti-hebdomadis, anti-typho-gripposa.

Su questa seconda varietà di leptospire da me isolata e sui suoi rapporti con gli stipiti classici e quelli locali mi riservo di riferire ulteriormente.

RIASSUNTO.

Da 5 ammalati di una forma morbosa febbrile che l'A. ha individuato come leptospirosi tra i lavoratori delle risaie l'A. ha isolato 5 stipiti di leptospire morfologicamente identiche alla leptospira classica (Inada) ma sierologicamente diverse da questa e dalle L. canicola, hebdomadis, autumnalis A., typhogripposa, e dalle l. acquicole. Fa rilevare la sua priorità di accertamento di tale leptospira che denomina L. mitis.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. G. CARONIA.

L'otite media acuta nei difterici. (*)

Dott. D. FILIPO, assist. otorinolaringoiatra.

Le conoscenze sulla localizzazione difterica dell'orecchio sono ancora incomplete in confronto a quanto è noto sulla patologia della difterite a localizzazione nasale, faringea e laringea. Ciò è dovuto in parte al fatto che l'otite nei difterici è meno frequente e per lo più ha un decorso meno grave che in altre malattie infettive.

Nella scarlattina le statistiche danno una percentuale di frequenza dell'otite che va dal 9 al 25 % (noi l'abbiamo riscontrata nel 11,55 %); nel morbillo la percentuale è altrettanto elevata (dal 10 % al 30 %).

Nella difterite mancano dati statistici completi. Alcuni AA. hanno constatato al tavolo anatomico, in numerosi soggetti morti per difterite, stati infiammatori, lievi, ma assai frequenti della mucosa della cassa, dell'antro, ecc. (secondo Harken 81 %, secondo Lewin 90 %). Tali osservazioni anatomopatologiche non trovano per la frequenza uguale corrispondenza all'esame clinico dell'orecchio. Noi, dall'osservazione sistematica otoscopica dei difterici, abbiamo riscontrato l'otite media acuta in un numero di soggetti relativamente scarso. Infatti, su 1000 difterici studiati, 20 e cioè il 2 % presentavano membrana timpanica iperemica; 12, cioè l'1,20 % membrana timpanica congesta e procidente, 24 e cioè il 2,40 % membrana timpanica perforata con secrezione purulenta in atto; 6 e cioè il 0,60 % necrosi del condotto, della membrana e delle pareti della cassa: complessivamente si è avuto una percentuale del 6,40 % di soggetti con alterazione dell'orecchio medio.

Distinguiamo la flogosi dell'orecchio medio nei difterici in:

a) otite media senza bacilli difterici;

b) otite media con presenza del bacillo difterico.

Le *prime* sono più frequenti delle seconde, insorgono spesso nei soggetti con difterite delle vie aeree (l'infiammazione della membrana va dalla semplice iperemia al quadro

* Comunicato al Raduno del Gruppo Otologico Lombardo, aprile 1938.

dell'otite acuta) ed i loro agenti causali sono abitualmente lo strepetococco, il pneumococco, ecc.

Le *seconde* possono essere *pure* od *associate* (primitive o secondarie). Le *pure* possono essere primitive allorchè rappresentano l'unica localizzazione visibile nell'organismo; forma questa del tutto eccezionale. Possono essere secondarie allorchè rappresentano una localizzazione secondaria ad un'altra preesistente in una qualsiasi regione; sono meno eccezionali delle primitive, per quanto meno rare.

Le forme associate sono più frequenti e sono quasi sempre secondarie, comportandosi il più delle volte senza i caratteri della lesione difterica in quanto il bacillo di Loeffler sopraffatto dagli altri germi perde la propria individualità.

Le vie di *penetrazione* dell'infezione difterica nell'orecchio medio possono essere rappresentate:

a) *dal condotto* su cui si può facilmente impiantare il bacillo di Loeffler, trasportato con mani o con materiale infetto da altri focolai; da qui l'infezione si propaga per contiguità alla membrana timpanica ed attraverso un processo di necrosi o di una preesistente perforazione, diffondersi facilmente alla cassa, dando la tipica difterite dell'orecchio come viene comunemente descritta.

b) *dalla tuba*, per propagazione dal faringe in questo caso la lesione dell'orecchio medio, secondo alcuni AA., nei difterici è data abitualmente dallo streptococco o dal pneumococco, pervenuti attraverso la tuba, che funzionerebbe soltanto come via di conduzione del bacillo difterico, senza essere da questo colpita se non in casi assai rari; secondo altri AA. invece, pur considerando la localizzazione difterica dell'orecchio medio come evenienza piuttosto rara, si avrebbe senz'altro una salpingite difterica, e per propagazione, l'otite media con il concorso di altri germi; ciò si verificherebbe più facilmente nei soggetti con difterite e scarlattina.

c) *dal sangue*: benchè in rari casi molto gravi sia stata dimostrata la presenza del bacillo di Loeffler nel sangue circolante, questa via di propagazione all'orecchio sembra potersi escludere per l'insorgenza dell'otite difterica.

Le ricerche anatomo-patologiche della difterite dell'orecchio medio, per quanto interessanti, non sono di grande aiuto alla Clinica di questa lesione, in quanto si riferiscono in genere a soggetti morti per localizzazione rino-faringea grave, tossica o necrotica.

Gli AA. descrivono all'inizio una mucosa soltanto ispessita oppure infiltrata da cellule rotonde e con notevole iperemia; in alcuni punti si hanno focolai di necrosi a limiti netti e sfumati nei quali sembra che la disgregazione cellulare sia stata di tipo tossico e brusco; il tipo del disfacimento dei nuclei delle cellule epiteliali riveste in tutte le caratteristiche della cariolisi, mentre gli ammassi protoplasmatici assumono l'aspetto omogeneo, amorfo. Tali zone sono ricoperte da leucociti ed infiltrate da cellule rotonde, unico segno di difesa locale. Nella sottomucosa le lesioni sono quasi analoghe: si rileva soltanto una necrosi più marcata ed una distruzione cellulare più estesa. L'accentuata iperemia, la trombosi e la notevole tendenza all'emorragia sono dovute alla grave tossicità dell'infezione (Nunzi).

Nelle nostre osservazioni abbiamo tenuto sopratutto conto dei dati clinici e dei dati batteriologici, fermandoci soltanto alle lesioni dell'orecchio medio.

Abbiamo tralasciato d'intrattenerci sull'otite esterna difterica, ben nota nelle sue manifestazioni varie, dalla forma lieve a tipo eczematoso, alla forma grave a tipo ulcerativo-necrotico, che non differisce dalle altre forme cutanee. Abbiamo anche tralasciato la localizzazione dell'orecchio interno perchè nella esperienza di cinque anni di assistenza specialistica al difterico, non abbiamo avuto occasione di osservare alcun caso primitivo del labirinto che alcuni AA. ammettono e che altri negano recisamente.

Il quadro clinico-otoscopico dell'*otite media* nei difterici da noi osservati non differisce in genere da quello delle comuni otiti. Abbiamo constatato *tre forme*: la prima e la più frequente, la *forma lieve*, con tutti i caratteri di un'otite a tipo catarrale (iperemia della membrana, retrazione timpanica, triangolo luminoso a volte scomparso, ipoacusia, ecc.); la *seconda*, meno frequente, la forma di media gravità con tutti i caratteri dell'otite media acuta (inizio brusco, dolore spontaneo, rialzo termico, ed all'esame otoscopico membrana congesta, più o meno procidente); la *terza*, la più rara, la forma grave con caratteri ulcerativo-necrotici e con tendenza alla diffusione all'apparecchio di trasmissione, donde *deficit* uditivo.

La prima volge rapidamente a guarigione con il migliorare delle condizioni del rino-

faringe. La seconda risente in genere favorevolmente la miringotomia e anch'essa tende alla guarigione relativamente rapida in rapporto all'andamento delle condizioni dell'albero respiratorio.

La terza, che secondo noi, è quasi sempre secondaria ad una lesione difterica del condotto, da dove il processo distruttivo si estende alla membrana ed alla cassa, o ad un'impiantarsi del bacillo difterico su una suppurazione della cassa già esistente, assume sempre andamento grave. In questi casi, infatti, a volte al tavolo anatomico si osserva la necrosi, data la sottigliezza della mucosa e la delicatezza di struttura delle pareti, anche del periostio e delle ossa, con conseguente distruzione rapida della M. T. ed eliminazione degli ossicini, distruzione della parete labirintica ed invasione del labirinto.

Abbiamo avuto occasione di osservare al riguardo il caso di una bambina di 13 mesi ad esito letale in cui si constatava vasta ulcerazione necrotica della regione mastoidea destra e del padiglione con essudato pseudo-membranoso che si estendeva sino alla cassa, le cui pareti erano di aspetto lardaceo e distruzione della membrana timpanica. L'esame batterioscopico e culturale dell'essudato auricolare, come dell'essudato della zona necrotica retroauricolare e di altra vasta zona ulcerativa coesistente sulla vulva, dava presenza di b. di Loeffler. L'ammalata però da circa un anno presentava secrezione purulenta dell'orecchio destro. In questo caso è da supporre che la localizzazione dell'orecchio medio già sede di un processo purulento, sia stata secondaria a quella cutanea.

Per quanto riguarda i reperti batteriologici, abbiamo finora osservato un gruppo di difterici con membrana timpanica congesta, procidente, ed un altro gruppo, più numeroso, venuto all'esame con suppurazione timpanica in atto.

Nel primo gruppo, rappresentato da 10 casi, di cui 4 affetti da concomitante scarlattina e sei da localizzazione difterica naso-faringea e laringea, abbiamo praticato, previa anestesia locale con soluzione di Bonain, una paracentesi con siringa sterile ed ago a punta smussa, aspirando la secrezione della cassa, su cui veniva fatta la ricerca batterioscopica e culturale (in terreno di Loeffler o di Pergola).

Il risultato che abbiamo avuto è stato in tutti e dieci i casi negativo per il b. di Loeffler, mentre in 8 casi abbiamo riscontrato lo streptococco ed in due il pneumococco.

Nel secondo gruppo di ventidue casi, venuti all'osservazione con perforazione timpanica, di cui 18 in istadio acuto e 4 cronico, l'esame batteriologico, praticato con la stessa tecnica accennata, introducendo l'ago attraverso la perforazione, ha dato in 7 la presenza del bacillo di Loeffler, in 11 lo streptococco, in 3 il pneumococco ed in 1 lo stafilococco.

Di questi 22 casi, 4 soggetti presentavano in corrispondenza del padiglione o del condotto ulcerazioni pseudo-membranose del derma e tre anche localizzazioni difteriche atipiche (vulva, congiuntiva, ecc.).

Consultando le schede di alcuni anni precedenti al nostro servizio, abbiamo rilevato un caso degno di essere citato. Si tratta di un uomo di 22 anni affetto da difterite faringea e da otite media purulenta, in cui il reperto batteriologico è stato positivo per il Loeffler. Per sopravvenuta mastoidite, operato, venne isolato il bacillo anche dal secreto delle cellule mastoidee.

Noi, che abbiamo avuto occasione di operare per mastoidite quattro soggetti difterici, di cui uno bilateralmente, praticato l'esame batteriologico della secrezione cellulare mastoidea, non abbiamo riscontrato il Loeffler. Il reperto operatorio non ha rilevato alterazioni profonde, nè necrotiche, come osserviamo nella scarlattina; ma osteomielite quasi uguale a quella determinata dai comuni germi piogeni. Il che dimostrerebbe che la mastoidite non sarebbe causata dal b. di Loeffler.

Da quanto ho esposto si può dedurre che la localizzazione primitiva della difterite nell'orecchio medio è eccezionale; molte forme che nella letteratura sono citate come tali sono invece secondarie ad altra localizzazione.

Le nostre ricerche batteriologiche sui difterici con M. T. non perforata dimostrerebbero che l'otite media acuta, che accompagna talvolta la difterite delle prime vie aeree o la difterite associata a scarlattina, non è determinata dal bacillo di Loeffler, ma in genere da altri germi e prevalentemente dallo streptococco. Il quadro otoscopico inoltre in questi soggetti non presenta alcun segno caratteristico della lesione difterica.

L'osservazione invece delle otiti che si presentano con M. T. perforata dimostra con una certa frequenza la presenza del b. di Loeffler che si è rilevato (nel 31,30 %), associato però quasi sempre ad altri microrganismi. Per la spiegazione di tale fenomeno si può ammettere che la tuba e la cassa (secon-

do quanto affermano gli AA. citati) a membrana integra non ospitino facilmente il bacillo, e che, in un secondo tempo, quando la M. T. si è perforata, per un meccanismo di pressione alterata (soffiarsi il naso, vomito ecc.) e quindi di più facile conduzione, il b. di Loeffler passa attraverso la tuba e si va ad associare agli altri germi che avevano provocato il processo infiammatorio dell'orecchio medio. Oppure, ed è questa per noi l'ipotesi più convincente, la diffusione avviene dall'esterno: il condotto cioè presenta facilmente delle alterazioni lievi della cute, dove il Loeffler, trasportato, come si è accennato, con mani o materiale infetto, si impianta, provocando una lesione difterica cutanea; da questa, specialmente nei soggetti che presentano forme difteriche maligne, si giunge facilmente alla necrosi del derma del condotto stesso e quindi alla propagazione del processo rapidamente distruttivo della membrana e alle pareti della cassa. In altri casi meno gravi, con lo stesso meccanismo di propagazione, in soggetti con otite purulenta acuta o cronica, il Loeffler si può associare ai comuni piogeni, dai quali non di rado viene sopraffatto. Gli esami batteriologici ripetuti, dopo una intensa sieroterapia specifica, non fanno rilevare in genere la presenza del Loeffler e l'otite segue il suo decorso normale, per cui la guarigione avviene in poche settimane.

Conclusioni.

Dalle osservazioni fatte si può concludere che la localizzazione primitiva dell'orecchio medio della difterite è eccezionale; infatti noi non abbiamo avuto occasione di osservarla nè in base ad osservazioni cliniche, nè mediante ricerche batteriologiche.

Noi presumiamo che la difterite dell'orecchio medio sia in genere secondaria e che la via di penetrazione del b. di Loeffler, più che quella della tuba, ammissibile ma non dimostrabile, sia piuttosto quella del condotto, secondariamente ad una lesione del padiglione del condotto stesso o di altra localizzazione viciniore.

Le ricerche batteriologiche conforterebbero le nostre deduzioni. Infatti nei 10 soggetti con otite a M. T. non perfetta si è isolato lo streptococco nel 80 %, il pneumococco nel 20 % e mai il b. difterico; mentre nei soggetti con otite a M. T. perforata si è isolato il b. di Loeffler associato ad altri germi nel 31,30 %, lo streptococco nel 50 %, il pneumococco nel 13,68 %, lo stafilococco nel 4,54 %.

Si può quindi ammettere che l'otite media acuta nei difterici sia determinata in genere dai comuni piogeni e che il b. di Leoffler sopravvenga secondariamente, non sempre esplicando la sua specifica azione patogena.

RIASSUNTO.

Dallo studio dei numerosi soggetti difterici, presentanti anche lesione dell'orecchio medio, l'A. ha potuto constatare che la localizzazione primitiva dell'orecchio medio non si è mai constatata, mentre si è potuta rilevare, sebbene non frequentemente, la localizzazione secondaria ed associata, secondo quanto viene rilevato dalle osservazioni cliniche e batteriologiche.

BIBLIOGRAFIA.

Arnold E. M. *Otite esterna.* Laringoscope, 45, 346, maggio 1935.

Cozzolino. *Rara osservazione di difterite latente primitiva acuta dell'orecchio medio.* Ped. A., XV, 1907.

De Carli. *Un caso di difterite dell'orecchio.* Atti della Clinica di Roma, anno V, 1937.

Hirsch. *Otite media difterica primaria.* Arch. f. Ohren-Nasen u. Kehlkopfhlk., maggio 1929.

Kanimura T. *Difterite faringea ed auricolare consecutiva ad una operazione sulla mastoide.* Caso. Otorino-Larying., 8, 1123, dic. 1935.

Lewin. *Sulla neurite acustica e sulle alterazioni dei gangli corrispondenti nella difterite.* Ztschr. f. ohr. u. f. Krank. d. Luftw., vol. 67, ag. 193.

Meyer. *Le affezioni dell'orecchio nell'influenza, difterite e scarlattina,* nel trattato di Denker e Kahler.

Nunzi. *Sulla difterite dell'orecchio.* Annali di Laring., Otologia e Rinologia, vol. 37, 1937.

Id. *Otite difterica a comportamente singolare.* Bollettino malattie orecchio, naso, n. 4, aprile 1938.

Panneton P. *Un caso di otite esterna con false membrane apparentemente di origine difterica.* Laryngoscope, 43, 463, giugno 1933.

Pugnat. *Due nuove osservazioni di difterite primitiva dell'orecchio medio.* Bull. J. Otologie, 1920.

Ritossa. *Osservazioni sull'infezione difterica nei bambini con speciale riguardo alla terapia.* Arch. It. di Dermatologia, vol. XIII, fasc. 1.

Santori. *Osservazioni sulla difterite cutanea.* Arch. It. di Dermatologia, vol. XIII, fasc. 1.

Sato. *Difterite dell'orecchio medio.* Nagasaki Igakkwai Zassi, 12, 851, luglio 1934.

Sindoni e Guccione. *Anatomia patologica della difterite,* Pediatria, n. 14, 1925.

Urbatschitsch E. *Un caso di duratura secrezione auricolare carica di bacilli difterici per 14 anni di seguito. Esito per meningite purulenta con reperto positivo bacilli di difterici liquor.* Wien, med. Wschr., n. 18, 1921.

Wucherpfennig V. *La difterite; localizzazioni extrafaringee ed extralaringee.* Dermatologische Zeitschr., 69, 105, maggio 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedali Civili di Genova.
San Pier D'Arena - Sezione Medica
diretta dal prof. Leonardo Manfredi.

Contributo alla terapia della poliposi gastrica.

Dott. Luigi Pessina, assistente v.

Il tubo gastro-enterico può, in vari punti, essere colpito da poliposi. Lo stomaco è però il segmento di esso ove detta proliferazione di natura epiteliale è più rara.

Tonnesen afferma di aver trovato poliposi a carico dello stomaco con una frequenza del 2 % rispetto agli altri tratti del tubo digerente. Altri autori, come il Wechselmann e il Töbuke, non ne riportano alcun caso nelle statistiche dei loro interventi operatori.

Rispetto alle alterazioni gastriche a carattere neo-produttivo la poliposi è ancora estremamente rara. Uffreduzzi su più di mille casi di chirurgia dello stomaco ricorda di avere operato un solo caso di polipo adenomatoso. Detto caso fu scoperto in seguito ad un solo sintomo consistente in abbondanti emorragie dovute al fatto che la mucosa gastrica in corrispondenza di esso si era ulcerata.

Balfour dice di aver riscontrato un solo caso di poliposi su ottomila interventi per affezioni dello stomaco. Sempre in base alle suddette statistiche si può rilevare come nelle poliposi gastriche sia la zona pilorica quella che con maggior frequenza viene colpita, almeno nella fase iniziale.

Pearl e Brun parlano di due tipi di poliposi gastrica: una « poliadenomes en nappe » caratterizzata da una iperplasia circoscritta della mucosa, e di una « poliadenomes polipeux » caratterizzata da neo-formazioni diffuse.

*
* *

Voglio qui esporre ed illustrare, dal punto di vista sopratutto terapeutico, un caso di poliposi gastrica che si ebbe modo di osservare in Sezione Medicina Donne, mesi or sono.

B. M., anni 29, nubile.

A. P. R. Alla età di due anni adenite latero-cervicale, di natura non ben precisata, che venne incisa. Mestrui iniziati a quattordici anni e sempre regolari.

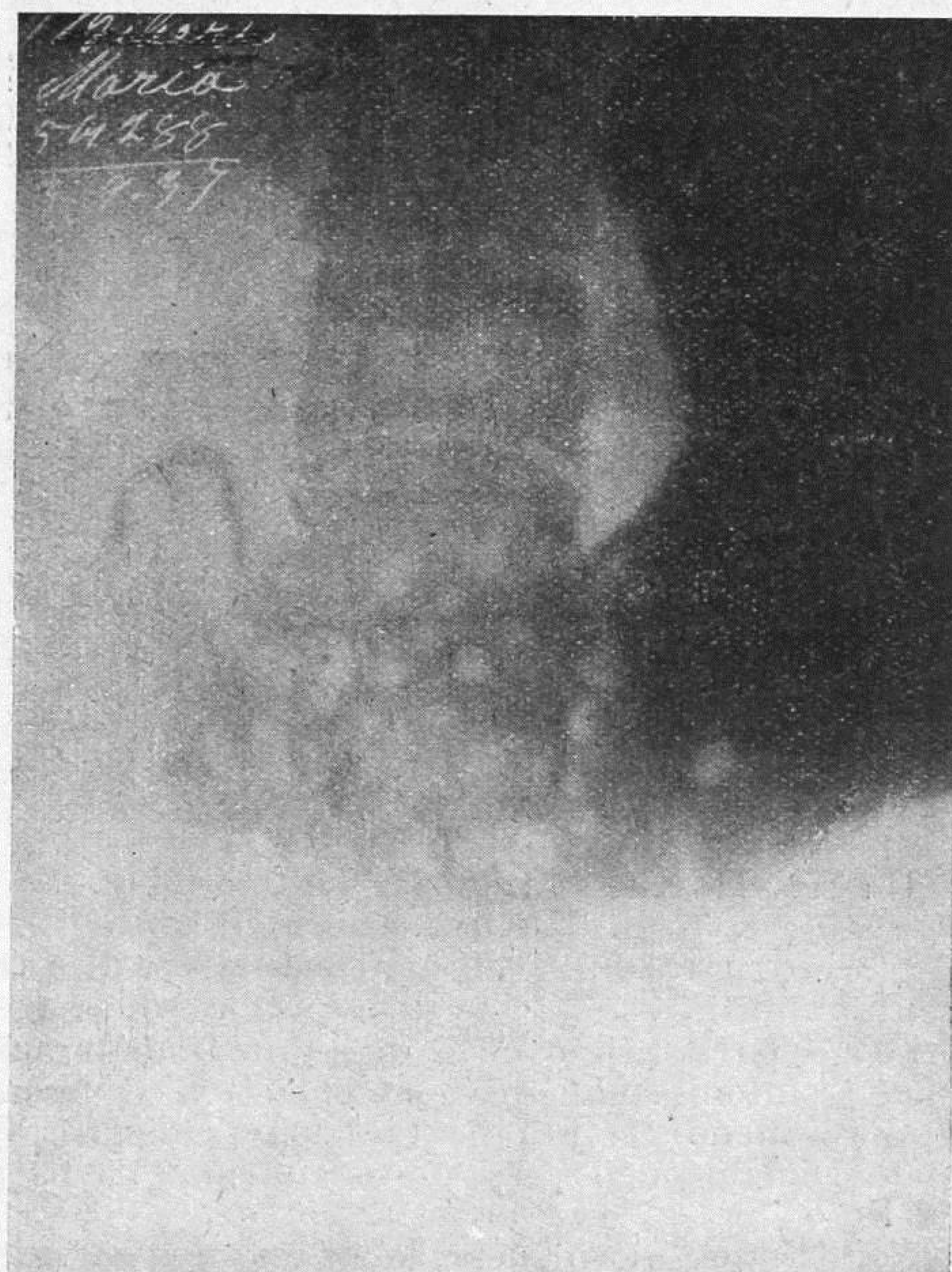
Dall'età di 11 anni fino ai 18 anni portò una formazione nodulare alla regione sotto-joidea. Ne fu infine fatta l'asportazione. Pare si sia trattato di una neo-formazione cistica della tiroide.

A. P. P. Da circa tre anni, l'ammalata presenta sintomi di gastropatia. Nei primi mesi, essa avvertiva dolori alla regione epigastrica, ad ore non fisse; detti dolori erano seguiti ogni due o tre giorni da vomito biliare. Le algie epigastriche si irradiavano verso destra. Talvolta accadeva che il dolore si assopisse per qualche settimana e così pure il vomito. L'appetito era intanto fortemente diminuito; comparivano ogni tanto vertigini. Negli ultimi mesi, i sintomi suddetti si fecero sempre più frequenti e più intensi. Da circa due mesi l'ammalata notava inoltre febbre modica serotina. Perdurando tale sintomatologia l'ammalata chiese un ricovero per cure.

Esame obbiettivo. — Condizioni generali scadenti. Muscolatura ipotonica. Cute pallida. Mucose visibili poco irrorate. L'apparato digerente dimostra: lingua a papille rilevate. L'ispezione dell'addome non rivela nulla di particolare. La palpazione pone in evidenza una dolorabilità ai due quadranti addominali inferiori. All'altezza del terzo inferiore della linea xifo-ombellicale, colla palpazione si provoca un dolore netto. Anche la palpazione del punto cistico rivela discreta dolorabilità.

*
* *

In un primo tempo furono eseguite prove funzionali dello stomaco. L'esame del succo gastrico a digiuno dimostrò: Acido cloridrico libero, assente; Acido lattico, tracce; Acidità totale, cinque.



Dopo il pasto di prova: Acido cloridrico libero, assente; Acido lattico, tracce; Acidità totale, dieci.
tembre 1937, negativa; 20 settembre 1937, positiva.

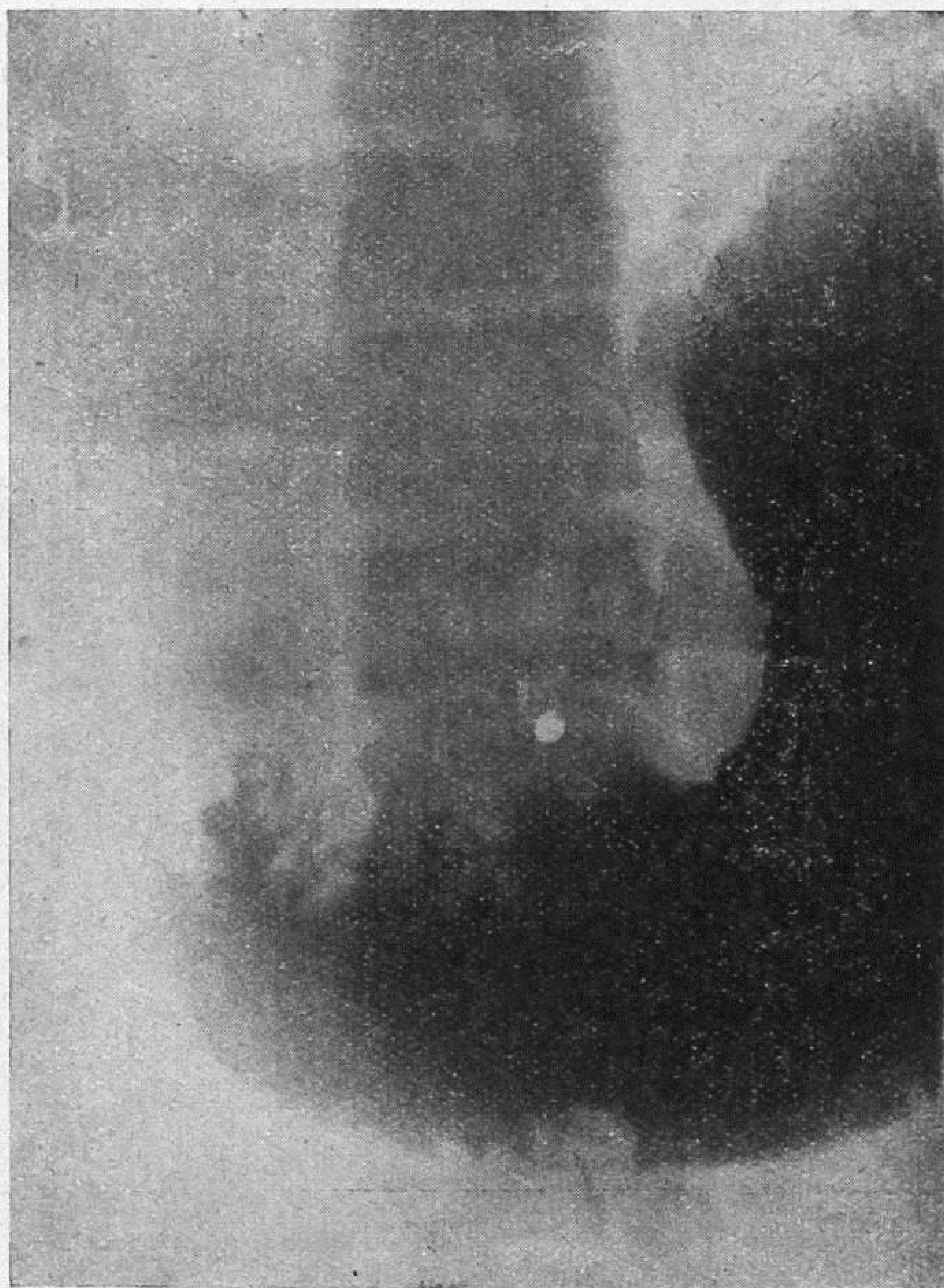
L'8 settembre 1937 fu eseguito l'esame morfo-
La ricerca del sangue nelle feci risultò: 10 set-
logico del sangue che risultò come segue: Globuli rossi, 3.680.000; Globuli bianchi, 7.400; Hgb. 40; Neutrofili 61 %; Eosinofili 6 % Mononucleati 4 %; Linfociti 29 %.

L'esame radiologico del 3 settembre 1937 dimo-

strò: Stomaco di volume pressochè normale. Tutta la zona pilorica presenta un irregolare riempimento costituito da una molteplice pomellatura riferibile a proliferazioni endogastriche. Lo svuotamento non è sensibilmente ostacolato. Diagnosi radiologica: probabile poliposi gastrica.

* * *

Stabilita così una diagnosi, allo scopo di vedere se la poliposi gastrica era beneficamente influenzabile colla radioterapia, si decise appunto di sottoporre l'ammalata ad una serie di applicazioni röntgenterapiche. La prima seduta le fu praticata il 13 settembre 1937; la seconda il 14 settembre 1937; la terza il 15 settembre 1937; la quarta il 16 settembre 1937.



Un secondo ciclo fu iniziato il 7 ottobre 1937, le sedute si seguirono il giorno 8, il giorno 9 e il giorno 11. La durata di ogni seduta era di quaranta minuti.

Già dopo il primo ciclo di sedute radioterapiche, i sintomi subbiettivi ed obbiettivi si fecero sempre meno accentuati. Così pure migliorò lo stato generale e il peso stesso aumentò da 60 a 64 Kg.

Venticinque giorni dopo la prima applicazione, la paziente notava infatti che la digestione era divenuta per lei più facile e meno faticosa. L'appetito si fece più vivo; i vomiti si fecero rapidamente più rari per poi cessare. La cute perdette la primitiva tinta anemica per assumere un colorito normale. Le lievi ipertermie serali scomparvero definitivamente. Le mucose visibili si fecero meglio irrorate.

Un successivo esame morfologico del sangue mostrò: 6 ottobre 1937: globuli rossi 4.480.000; globuli bianchi 12.000; Hgb. 71.

Il giorno 12 ottobre 1937 fu eseguita la prova funzionale dello stomaco dopo il pasto di prova. Detta prova dimostrò: acido cloridrico libero, presente; acido lattico, tracce; acidità totale, 13.

Un secondo esame radiologico (6 ottobre 1937) dimostrò: dopo quattro sedute radioterapiche (primo ciclo), lo stomaco presenta pressochè l'aspetto radiologico immutato. Si può solo notare uno spianamento lieve dei difetti gastrici. Il numero delle sedute è però insufficente a determinare un effetto apprezzabile e il tempo trascorso dalle stesse è troppo breve.

Sarebbe stata sommamente utile una radiografia eseguita dopo il secondo ciclo delle sedute radioterapiche.

Questo non fu possibile perchè la paziente lasciò l'ospedale il giorno 15 ottobre 1937 « sua sponte » e più nulla si è potuto sapere di essa.

★ ★ ★

Ciò nondimeno, in base ai suesposti dati e riferimenti, si può dedurre che la poliposi gastrica in parola è stata, in complesso, beneficamente influenzata dalla radio-terapia. Prova di ciò sono sopra tutto gli esami di laboratorio e i sintomi obbiettivi e subbiettiv riferibili alla paziente.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver ricordato la rarità della poliposi gastrica, come risulta dai casi riferiti alla letteratura, ne riporta un caso personale, diagnosticato radiologicamente e nel quale si ottenne la quasi scomparsa dei fenomeni subiettivi ed obiettivi mediante la roentgenterapia.

BIBLIOGRAFIA.

BALFOUR. Surg., Gyn. a. Obst., maggio 1919.
BRUN e PEARL. Surg., Gyn. a. Obst., novembre 1936.
ELIASON e WRIGHT. Surg., Gyn. a. Obst., v. XVI, pag. 465.
KIRKLIN e DRODES. Journal Amer. M. A. gennaio 1932.
MENETRIER. Arch. de Phys. normale e path., p. 236, 1880.
SANVENERO. Clin. Chir., n. 6, 1915.
UFFREDUZZI. *Pat. Chirurgica*, II vol., 1934.
WECHSELMANN. Bruns' Beiträge z. klin. Chir., Bd. 70, pag. 875.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

L'influenza.

Stato odierno della questione.

Le probabilità di comparsa di epidemie influenzali nella stagione fredda fanno sì che tutte le questioni che vi si connettono siano di grande attualità e di notevole interesse per il medico pratico. Malattia proteiforme, dai confini incerti nel caso singolo pure essendo abbastanza netti nella massa, dal genio epidemico variabile, dall'eziologia ancora incerta. Ad ogni anno, al riaffacciarsi dei nuovi casi, si ripresentano le solite questioni ed è bene il conoscere quali sono le risposte che, nel momento attuale, si possono dare, pure essendo convinti che la parola decisiva è ancora molto lontana. Riteniamo perciò opportuno il sunteggiare una serie di tre lavori comparsi sulla *Medizin. Klinik* del 23 dicembre 1938, anche perchè nella terapia il medico deve essere uomo del proprio tempo e, pure guardando tutto con l'occhio del buon senso e giudicando le cose con i dati della sua esperienza, è in obbligo di non trascurare quanto di più o meno nuovo si viene pubblicando.

Il problema dell'influenza dal punto di vista eziologico ed epidemiologico (H. Hetsch). — L'eziologia dell'influenza sembrò entrare in una fase risolutiva con il bacillo scoperto da Pfeiffer nel 1891. È un fatto che esso si è trovato e si trova nell'espettorato di molti pazienti affetti da influenza in varie epidemie. Il reperto, però, è tutt'altro che costante come accadde, per es., nella pandemia del 1918, mentre si trovavano allora quasi soltanto strepto-pneumo- e stafilo-cocchi. I sostenitori del bacillo di Pfeiffer ritengono che nei tipi di infezione quasi fulminante, il labile bacillo di Pfeiffer venga distrutto dalla reazione batteriolitica dell'organismo. Tale ipotesi però non spiega sempre il reperto negativo, mentre non è da dimenticarsi che il bacillo di Pfeiffer si trova spesso nell'espettorato di individui sani o con altre affezioni in tempi ed ambienti non di epidemie influenzali. Si potrebbe pensare che i comuni abitatori delle mucose diventassero improvvisamente e per cause ignote virulenti provocando lo scoppio di epidemie.

Si è invocata anche la simbiosi con altri germi e specialmente con il virus filtrabile, che assumerebbe la funzione dominante. Le ricerche di Lewis e Shope sull'influenza dei maiali hanno portato importanti conferme alla teoria del virus filtrabile. In essa, si ha pure un bacillo del tutto simile a quello di Pfeiffer, nonchè un virus filtrabile, il quale da solo provoca delle affezioni leggere, che diventano però gravi se vi si associa il bacillo. È ormai dimostrato che con il filtrato si può trasmettere la malattia.

Lo studio dell'influenza del furetto portò a riconoscere l'esistenza di un virus filtrabile e di un bacillo simile a quello di Pfeiffer.

Allo stato attuale della questione, si può dire che l'ipotesi del bacillo di Pfeiffer come agente dell'influenza non è più sostenibile. Quella, invece, del virus filtrabile va guadagnando sempre più terreno. Gli studiosi inglesi ed americani hanno investigato le questioni immunitarie e sono riusciti a coltivare il virus nell'allantoide dell'embrione di pollo. Il virus si può ottenere instillando l'acqua di gargarismi di malati con influenza nel naso del furetto. Gli animali si ammalano dopo 2 giorni, con sintomi tipici e dal loro naso si può ottenere il virus per le colture. Col passaggio in serie sul furetto, si ottiene un virus che non si limita a provocare una rinite, ma che dà estesi processi polmonari, spesso mortali. Con questo virus si possono anche infettare dei topi bianchi. La virulenza si viene così esaltando in modo che 1/10.000.000 di cmc. basta per dare l'infezione.

L'isolamento del virus si è potuto fare nelle epidemie di diversi Paesi al 1°-2° giorno di malattia, mentre non lo si è mai trovato nei sani e nemmeno nei casi sporadici di influenza.

Il virus, da sè solo, può provocare la malattia polmonare nell'uomo, come nel furetto e nel topo bianco; i bacilli di Pfeiffer, gli strepto-; stafilo- e pneumococchi possono, a loro volta migrare nel focolaio e modificare il quadro clinico.

All'8° giorno di malattia, si sono dimostrati degli anticorpi, che, in quantità sufficiente, possono neutralizzare il virus. Gli esperimenti favorevoli fatti sul furetto danno la speranza di poter arrivare ad allestire un vaccino. Sembra che agisca anche il vaccino formolato (all'1/5000 di formalina) che introdotto per via sottocutanea nell'uomo ha dato un aumento notevole (di 25 volte) degli anticorpi. Siamo però ancor lontani da un'applicazione pratica, tanto più che i vari stipiti di influenza sono assai diversi fra loro ed esistono grandi difficoltà per la preparazione del vaccino.

È possibile la diagnosi anatomo-patologica dell'influenza? (H. Siegmund). — Nessuna delle modificazioni che si trovano negli organi di individui morti per l'influenza ha un carattere specifico per il complesso del virus influenzale. Però, l'osservatore sperimentato può presumere con grande probabilità l'eziologia influenzale nella costellazione delle lesioni catarrali od infiammatorie delle prime vie respiratorie con i processi pneumonici broncogeni a focolaio, unitamente alle lesioni capillari tossiche in forma di modificazioni emorragiche od essudative. Tale probabilità può venire confermata dall'eventuale presenza del bacillo di Pfeiffer, frequente ed importante — se pure non costante — accompagnatore del virus influenzale.

La sicurezza della diagnosi aumenta con l'esperienza del sezionatore e con la diffusione

*

dell'epidemia; i casi sporadici offrono le massime difficoltà per un giudizio sicuro. Questo può appoggiarsi alle nozioni dell'anamnesi e del decorso della malattia; importante è l'esclusione di intossicazioni da gas corrosivi e di rare infezioni batteriche.

Nel bambino, si hanno difficoltà per escludere le lesioni da morbillo e da pertosse; va considerata anche la possibilità di scambio con la difterite. In tal caso, la conferma può aversi dall'esame batterioscopico o batteriologico, che non dovrebbe mai trascurarsi in questi casi. Se anche it bacillo di Pfeiffer non è il vero agente della malattia, esso ha spesso grande importanza nella patogenesi delle lesioni polmonari (broncopolmoniti miliari, edematoso-emorragiche, purulente); esso può essere riconosciuto non soltanto mediante cultura, ma anche negli strisci e nelle sezioni; un esame necroscopico per individui sospetti di influenza, non accompagnato da quello batteriologico, va considerato come insufficiente.

Diagnosi e trattamento (F. Klewitz). — Ogni epidemia (come anche la maggior parte delle endemie) presenta dei caratteri speciali che imprimono una fisonomia particolare. Così nella pandemia del 1918-19 predominarono le gravi malattie del tratto respiratorio, specialmente le polmoniti atipiche. Ne viene che il quadro tipico dell'influenza scompare di fronte ai segni dati dai diversi organi colpiti (polmoni, tratto digerente, sistema nervoso); le partecipazioni di questi organi e sistemi vanno considerate come delle complicazioni, importanti anche per l'esito finale.

L'influenza, di per sè senza complicazioni non è una malattia grave. È caratterizzata dal catarro abbastanza precoce delle vie respiratorie superiori, che raggiunge tutt'al più la biforcazione della trachea, mentre la partecipazione di tutto l'albero bronchiale non è la regola. Le alterazioni infiammatorie della mucosa delle vie aeree superiori sono appunto la causa dei tormentosi accessi di tosse. L'unico segno obbiettivo è dato dal rossore infiammatorio della gola, mentre manca ogni reperto ascoltatorio. Anche in questo stadio, però, possono aversi degli sputi sanguinolenti, il che desta non poche apprensioni.

Contemporaneamente, il paziente accusa cefalea, dolori agli arti ed al torace, senso di prostrazione, che spesso rimane a lungo anche dopo la guarigione. Costanti sono gli innalzamenti di temperatura, senza però una curva tipica. Nel decorso senza complicazioni, tutto finisce in pochi giorni, ma possono permanere a lungo dei piccoli rialzi di temperatura ed il malessere.

Fra le complicazioni, la più frequente e temuta è la polmonite, che può manifestarsi a diversi periodi della malattia; spesso si accompagna ad abbondante espettorazione frequentemente colorata in rosso-chiaro, difficilmente differenziabile da quella dell'infarto recente o di un'emoftoe tubercolare. Spesso, all'esame obbiettivo, ottusità massiva, con assenza di murmure respiratorio, per cui la presenza di un essudato può venire esclusa soltanto con la negatività della puntura.

Più raramente è colpito il tratto gastro-intestinale, con senso di nausea, stimolo al vomito, diarree, dolori addominali; sono state osservate anche evacuazioni sanguinolente.

Frequente è la partecipazione del sistema nervoso; alcuni segni appartengono addirittura al quadro influenzale tipico, come la cefalea specialmente frontale e le neuralgie; ma non raramente sono colpiti anche i nervi motori; la prognosi, però, è buona. Una complicazione grave è la encefalite influenzale (emorragica) che può dare mono- ed emiplegie; si manifestò specialmente nell'epidemia del 1889-90.

Si comprende che dati questi caratteri, la diagnosi presenti grandi difficoltà e sia possibile soltanto in tempo di epidemie; essa è impossibile nel caso singolo, se vi predomina un solo sintoma (gastro-intestinale, cerebrale). La ricerca batteriologica non serve; il quadro sanguigno è poco tipico: al principio notevole leucocitosi con predominio dei neutrofili, ma già al II giorno, si ha leucopenia con linfocitosi relativa; mancano per lo più gli eosinofili.

Nella diagnosi del caso singolo, uno degli errori più temibili è lo scambio con una tubercolosi iniziale; in tali condizioni, la diagnosi di influenza non si farà che con un reperto radiologico negativo.

Poco o nulla vi è da fare per la profilassi, specialmente negli ambienti cittadini; si raccomanda, e l'A. vi è personalmente favorevole di prendere delle piccole dosi di chinina (2 pillole da 10 cg.).

Per quanto riguarda il *trattamento*, non si può certo contare su quello specifico e si deve quindi ricorrere a quello medicamentoso. Per questo, va anzitutto menzionato il chinino, che ha un effetto sicuramente favorevole, specialmente nell'influenza non complicata; è assai dubbia la superiorità di preparati come l'eucupina e l'optochina. L'A. prescrive di preferenza il chinino con l'acido ascorbico (vi sono delle specialità) o con il Felsol (che è una miscela di antipirina, caffeina, digitale, strofanto, lobelina). La vitamina C, eventualmente per iniezioni, è consigliabile anche nei casi con lento sfebbramento. Utili sono le lavature parziali con acquavite o con alcool diluito. Si tenga presente che i malati d'influenza rimangono assai sensibili alle cause di raffreddamento.

Nessuna speciale prescrizione per l'alimentazione; nello stadio acuto, i succhi di frutta e di verdure sono utili. Si curi la regolare evacuazione dell'intestino.

Nelle complicazioni polmonari, si deve stare molto attenti al circolo, anche nei giovani, tenendo nota dei caratteri del polso (aumento di frequenza, abbassamento della pressione) e somministrando specialmente coramina e cardiazol, eventualmente per iniezioni endomuscolari. Si tenga presente che tali rimedi hanno azione passeggera, da ciò la necessità di ripeterne la somministrazione, evitando però di disturbare il sonno notturno; meglio, in questi casi, fare un'iniezione abbondante di olio canforato, la sera tardi; coramina e cardiazol si daranno 3 volte al giorno 20 gocce. La digitale si somministrerà soltanto se vi è un vizio cardiaco; nella minacciosa debolezza circolatoria, strofantina, meglio se in soluzione ipertonica di glucosio.

L'utilità del chinino nella polmonite influenzale è contestata e spesso preparati di esso con canfora (vi sono note specialità) falliscono, il che non toglie che ne sia consigliabile la somministrazione. Cautela nel dare il chinino, specialmente ad alte dosi, se vi sono lesioni miocardiche.

Per quanto riguarda le pratiche idroterapiche, si tenga presente che gli impacchi del torace possono esercitare un'azione benefica, ma che la loro applicazione è spesso causa di sovraffaticamento del malato; meglio vale, se mai, mettere delle compresse sul petto e sull'addome. Risparmiare quanto si può il circolo e quindi ridurre al minimo l'esame degli organi; del resto, il controllo frequente del polso e del respiro offrono già elementi bastanti per un giudizio.

Le gravi epidemie lasciano spesso una tendenza nel medico e nei profani verso uno scetticismo terapeutico; è un fatto che negli stati molto gravi, tutti i rimedi circolatori falliscono. Ma le gravissime e frequenti complicazioni appartengono a certe date epidemie, mentre nella maggior parte dei casi e nelle condizioni consuete si può lottare efficacemente con speranza di successo. *fil.*

SUNTI E RASSEGNE

FEGATO E VIE BILIARI.

Sul valore della prova dell'« urea-clearance » come prova della funzionalità epatica.

(T. CUIZZA. *La Clinica Chirurgica*, settembre 1938).

L'A. ricorda che, in generale, ogni operazione provoca nell'organismo essenzialmente le seguenti turbe biologiche: 1) alterazione della diuresi nel senso di una ritenzione idrica; 2) alterazione del ricambio azotato, con conseguente iperazotemia ed iperazoturia; 3) alterazione del ricambio clorurato nel senso di una ritenzione di cloro, sua fissazione nei tessuti e conseguente ipocloremia ed ipocloruria.

Ne consegue uno stato di autointossicazione cumulativa la cui risoluzione più favorevole può essere data da una energica ripresa della diuresi che, eliminando l'eccesso di tossici, permette all'organismo di avviarsi nuovamente al graduale raggiungimento dell'equilibrio del metabolismo.

Stropeni e la sua scuola hanno appunto dimostrato questa straordinaria importanza della diuresi nelle risoluzioni delle sindromi autotossiche susseguenti agli interventi sul fegato, sicchè Stropeni ha abbandonato, nello studio pre-operatorio dei suoi malati, tutte le molteplici prove che sono state proposte per saggiare la funzionalità epatica ed ha invece adottato unicamente le due prove proposte da Volhard per lo studio della funzionalità renale, cioè la prova della diluizione e quella della concentrazione. Queste prove si sono infatti dimostrate veramente utili per esplorare la funzione disintossicante del fegato esplicata attraverso il meccanismo della diuresi: il miglioramento del bilancio idrico nei casi in cui v'è ritenzione idrica, (il che è frequente nelle affezioni chirurgiche delle vie biliari extraepatiche), si può ottenere efficacemente mediante trattamento della p. con acido deidrocolico sia per bocca, sia, nei casi più gravi, per iniezione endovenosa.

L'A. ha voluto ricercare se come prova della funzionalità epatica nella valutazione della resistenza dell'operando di fronte all'eventuale tossicosi post-operatoria potesse venire impiegata un'altra prova della funzionalità renale recentemente proposta: la cosiddetta prova dell'« urea clearance », basata sulla proporzione fra concentrazione ureica orinaria e concentrazione ureica del siero sanguigno in funzione della diuresi e più precisa della costante d'Ambard.

La tecnica della prova è la seguente: alle 8 del mattino il malato vuota completamente la

vescica (eventualmente cateterismo) e l'orina così emessa viene gettata via; quindi deve restar coricato sino al termine della prova; può però prendere una piccola colazione (un po' di latte ed un panino: non caffè perchè potrebbe influire sulla diuresi). Alle 9 ed alle 10 il malato svuota nuovamente la vescica: i 2 campioni d'orina vengono esattamente misurati ed il valore complessivo viene diviso per 120. Si ottiene così il volume di urina eliminato ogni minuto primo (V). Sui due campioni di urina si determina quindi la concentrazione ureica e se ne fa la media aritmetica (oppure si mescolano i 2 campioni di urina e si determina la concentrazione ureica una volta sola sull'orina mescolata), ottenendo il fattore U. A metà del periodo di prova, cioè alle 9, si prelevano da una vena della malata alcuni cmc. di sangue su cui si determina la concentrazione ureica sanguigna (B). Ciò fatto, se la diuresi è stata abbondantissima sì da superare i 2 cmc. a minuto si utilizza la seguente formula: $Cm = \frac{U \times V}{B}$; in caso di diuresi che non superi i 2 cmc. al minuto (come è nella maggior parte dei casi) si segue questa altra fomula $Cs = \frac{U \times \sqrt[2]{V}}{B}$. Nel soggetto normale Cm ammonta in media a 75 cmc. di sangue, Cs a 54 cmc.: se tali valori vogliono essere espressi in percentuali anzichè in cmc. occorre moltiplicare Cm per 1,33 ($= \frac{100}{75}$) e Cs per 1,85 ($= \frac{100}{54}$).

L'A. ha sottoposto a questa prova ed alle prove di concentrazione e diluizione 52 malate per svariate forme di affezioni infiammatorie delle vie biliari extraepatiche. È risultato dalle sue ricerche che nelle colecistiti, calcolose o no, la prova dell'« urea clearance » presenta per lo più valori notevolmente inferiori alla norma e che sovente si può notare un certo rapporto proporzionale inverso fra gravità clinica dell'affezione e valore di « clearance ». Tuttavia l'A. consiglia, in ispecie nei riguardi della valutazione della resistenza dell'operando ad un intervento sulle vie biliari, di associare la prova della « clearance » alla prova della diluizione e alla determinazione del tasso azotemico.

L'A. infine conferma l'utilità della somministrazione dell'acido deidrocolico allo scopo di ottenere un miglioramento della funzione epatica, rivelato dall'attivazione del ricambio idrico (prova della diluizione) e dalla discesa pressochè immancabile del tasso azotemico.

F. Tosti.

L'itterizia tossica ed infettiva.

(C. E. Lakin. *British Medical Journal*, 27 agosto 1938).

L'imbibizione biliare della pelle e dei tessuti — l'itterizia — può determinarsi in tre modi: 1) un ostacolo meccanico può impedire il deflusso della bile nei dotti escretori per modo che essa viene assorbita nel circolo sanguigno: in tal caso si ha l'assorbimento non solo di bilirubina post-epatica, ma anche di sali biliari e di colesterolo: questa è la così detta itterizia da occlusione; 2) l'eccessiva distruzione di emazie determina l'accumulo nel sangue di una gran quantità di bilirubina che eccita la funzione escretoria del fegato: si ha così l'itterizia emolitica; 3) quando il fegato è alterato non è più in grado di funzionare in limiti normali provocando l'itterizia detta tossica o epatogena.

I veleni che più comunemente alterano la cellula epatica sono il fosforo, l'antimonio, l'arsenico, il cloroformio, il tetracloruro di carbonio, il tricloretano, la toluinediamina, l'anilina, il benzene, i derivati del cincofene, e alcuni funghi. Oltre a ciò la cellula epatica può essere alterata da tossici prodotti da batteri (piemia, setticemia, pulmonite, tifo), da protozoi (spirochetosi, malaria, sifilide), da ultravirus (febbre gialla), nonchè da tossici autogeni (gravidanza, atrofia gialla acuta e forse anche cirrosi di Hanot) e da anossiemia (itterizia da stasi delle cardiopatie).

Mentre nell'itterizia occlusiva il paziente è più itterico che malato, nell'itterizia tossica è più malato che itterico, anche quando l'ittero è molto accentuato. In questa forma anche nei casi gravi le feci conservano il loro colore. Si ha quasi sempre febbre, ma nell'atrofia gialla acuta la temperatura è subnormale. Oltre all'urobilina e all'albumina nelle urine si riscontra: bile in varia quantità, cilindri tinti di bile, emazie, aumento degli amino-acidi. Nei casi gravi si ha ipoglicemia con i relativi disturbi (convulsioni) e diminuzione dell'azoto non proteico. Nella itterizia da spirochetosi si può avere aumento dell'urea nel sangue per contemporanea lesione renale.

La lesione essenziale dell'itterizia tossica è un'alterazione della cellula parenchimatosa talvolta associata a colangioite. Quando il tossico agisce in modo massivo si ha una necrosi acuta della cellula epatica che si manifesta clinicamente con una forma acuta (epatite tossica acuta, atrofia gialla acuta). Quando invece l'agente lesivo è meno virulento e raggiunge il fegato in piccole quantità si hanno alterazioni graduali delle cellule che sono a poco a poco sostituite da tessuto fibroso (epatite cronica, cirrosi).

È possibile sorprendere le varie tappe di queste lesioni. Così nell'avvelenamento da fosforo il fegato aumenta gradatamente di volume diventa sempre più molle e giallo; l'in-

filtrazione grassa progredisce dalla periferia verso il centro del lobulo, e anche quando le alterazioni autolitiche e necrotiche diventano imponenti le cellule conservano apparentemente intatto il loro nucleo. Nell'atrofia gialla acuta il fegato tranne che nelle forme molto virulente, è ridotto quasi a un terzo del suo volume, ed ha la capsula retratta. Al taglio si rileva che il fegato ha perduto il suo aspetto caratteristico e presenta sul fondo giallastro chiazze rossastre che diventano sempre più evidenti con il progredire della malattia. La parte gialla consiste di residui di cellule in tutti gli stadii di disintegrazione, mentre le chiazze rosse constano di capillari molto dilatati, ingorgati e spesso rotti, nonchè di tessuto di granulazione e di cellule epatiche in fase iperplasica.

In conformità degli insegnamenti di Virchow l'itterizia catarrale comune è stata considerata di natura occlusiva. L'occlusione sarebbe prodotta da gonfiore della mucosa dell'ampolla di Vater o da blocchi di muco che ne provocherebbero l'otturamento. In effetti l'inizio dell'affezione è caratterizzato quasi sempre da disturbi intestinali.

Ma la itterizia catarrale non si distingue clinicamente dall'itterizia, che si manifesta a focolai epidemici e che ha tutti i caratteri di un'infezione. L'itterizia epidemica ha un periodo d'incubazione abbastanza lungo (fino a cinque settimane), e ciò può far sembrare sporadici i casi d'itterizia che in effetti fanno parte di un'epidemia.

Pertanto è più verisimile che anche la così detta itterizia catarrale sia determinata da una lesione primitiva del fegato, che cioè abbia la sua causa in un'alterazione della cellula epatica di varia intensità e gravità. Schrumpf nel 1932 in un caso d'itterizia catarrale trovò nel fegato alterazioni simili ad un'atrofia gialla acuta in miniatura. Gaskell e Barber successivamente trovarono segni di epatite acuta con degenerazione delle cellule epatiche. Ma Eppinger all'autopsia di una ragazza, la quale all'atto della morte per frattura del cranio soffriva un'itterizia catarrale tipica, trovò l'ostio del dotto biliare completamente ostruito da un edema infiammatorio della sua parete.

Hurst ritiene ci siano due forme d'itterizia catarrale: 1) un'itterizia catarrale vera determinata dal blocco del dotto biliare dovuto ad una gastro-duodenite acuta; 2) una forma mite di necrosi epatica subacuta.

Nella forma occlusiva i sintomi iniziali sono: senso di pena all'epigastrio, anoressia assoluta, nausea, vomito dopo i pasti, e talora diarrea. Dopo due o tre giorni questi sintomi si attenuano (permangono solo la nausea ed il vomito dopo l'ingestione di cibi contenenti grassi) e proprio quando l'infermo ritiene di essere guarito le urine diventano scure, le feci si decolorano e la cute e le congiuntive si colorano in giallo. Contemporaneamente la temperatura cade, il fegato s'ingrandisce leggermente ed è alquanto dolente, la cistifellea e la milza sono palpabili. L'ittero comincia a diminuire dopo una settimana e solo eccezionalmente dura due o tre mesi.

Nell'altra forma — necrosi epatica mite subacuta — di solito mancano i sintomi preitterici e senza alcuna sofferenza premunitoria le urine diventano scure, le feci pallide e compare l'itterizia. La comparsa di questa è accompagnata da sintomi di tossiemia generale, cefalea, astenia, anoressia e talvolta vomito e diarrea. La temperatura in genere è leggermente aumentata.

Non c'è dolenzia epigastrica quantunque il fegato possa essere dolente alla pressione ed alquanto ingrossato e la milza sia sempre palpabile. L'ittero è sempre meno marcato che nella prima forma e una certa quantità di bile è sempre presente nelle feci. L'affezione dura da una settimana a tre mesi e solo raramente non si arresta provocando la morte per necrosi epatica subacuta o, più tardi, per cirrosi epatica.

Praticamente è forse difficile distinguere queste due forme di itterizia perchè il medico difficilmente vede il paziente nei primi giorni della malattia, e quando questa è sviluppata i segni differenziali sono appena accennati.

Certo non si può escludere l'esistenza di una forma di itterizia apparentemente catarrale che cronicizzandosi o ripetendosi si sviluppa in un'affezione cronica e grave, la necrosi o la cirrosi epatica. Si tratterebbe di una lesione progressiva della cellula. DR.

Epatocolangite settica ricorrente da "viridans,, con esito in guarigione.

(D. Mosco. *Minerva Medica*, n. 33, 18 agosto 1938).

Nel campo della sepsi da viridans i concetti odierni si sono alquanto scostati da quelli dominanti fino a poco tempo fa e di cui era espressione la formula sepsis lenta = endocardite lenta; giacchè, se è vero che lo streptococco viridans si localizza con maggior frequenza sull'endocardio valvolare creando il quadro dell'endocardite lenta, tuttavia la letteratura medica si è andata arricchendo in questi ultimi tempi di una serie di casi nei quali il focolaio settico risiedeva all'infuori dell'endocardio che anzi si presentava assolutamente indenne.

L'A. appunto riferisce un caso di sepsi da viridans con esito insperatamente favorevole. Si trattava di una malata nella quale alla distanza di alcuni giorni dall'insorgenza di un circoscritto processo infiammatorio interessante le parti molli al terzo inferiore della gamba sinistra, si era instaurata una forma mor-

bosa caratterizzata essenzialmente da periodi febbrili ricorrenti durante i quali la temperatura era a tipo remittente, da forte epatomegalia e modica splenomegalia e da uno stato anemico abbastanza pronunciato. Le emoculture, praticate più volte nel periodo febbrile della malattia, permisero di isolare dal sangee sempre un identico tipo di germe e precisamente lo streptococco viridans. Mai fu possibile, nonostante la più accurata osservazione del cuore, cogliere modificazioni patologiche dei toni e delle pause cardiache od alcuna variazione plessimetrica dell'aia cardiaca; d'altra parte tanto il polso quanto la pressione non rivelarono mai minorazione dell'efficienza del centro circolatorio. Escludendo così una localizzazione endocardiaca della sepsi da viridans, gli AA. hanno ritenuto che la loro malata sia stata affetta da quel quadro morboso che porta il nome di colangite lenta, giacchè l'assenza dell'ittero non è un elemento per sè bastevole ad infirmare questa ipotesi.

Ad ogni modo il caso riferito dagli Autori, analogamente a casi simili riportati nella letteratura, dà la dimostrazione dell'esistenza di setticemie da viridans nelle quali l'endocardio non risulta almeno clinicamente compromesso e quindi obbliga ad allargare il concetto della sepsis lenta ed a spostarne i limiti alquanto ristretti entro i quali si era ritenuto per molto tempo di doverla circoscrivere, nel senso cioè che in esso bisogna far rientrare, a lato dell'endocardite lenta che ne rappresenta l'espressione più frequente, una serie di altre forme morbose le cui caratteristiche dipendono in gran parte dalla diversa sede del focolaio settico. Tali forme, che a seconda di questa sede sono state di volta in volta rese note col nome di: nefrite lenta, miocardite lenta, colangite lenta, meningite lenta, ecc., hanno al pari dell'endocardite lenta un decorso protratto ma a differenza di quest'ultima non comportano tutte una prognosi assolutamente infausta: per alcune di esse l'esito può essere anche la guarigione. F. TOSTI.

VASI SANGUIGNI.

Trombosi ed embolismo.

(L. ASCHOFF. *Wiener klin. Woch.*, 2 dic. 1938).

L'A. limita la sua trattazione alla trombosi spontanea (quale si osserva dopo le operazioni non infettive, il parto e nei disturbi di circolo) da cui può derivare la temuta conseguenza dell'embolismo polmonare.

Il trombo sanguigno è dovuto ad un fenomeno di agglutinazione (trombo di piastrine); esso si forma di preferenza nelle vene, il che sta a dimostrare l'importanza del rallentamento della corrente sanguigna nella sua formazione, confermata dal fatto che ne sono sede specialmente le vene delle estremità inferiori; punti preferiti sono le vene della gamba, quelle femorali specialmente nel campo valvolare prossimale e quelle del piccolo bacino. L'A. ha segnalato il dolore plantare come manifestazione della trombosi delle vene del piede.

Il luogo di formazione dei trombi della trombosi spontanea non è pertanto esclusivamente limitato alla vena femorale; ma è un fatto che quivi hanno origine quei trombi che provocano l'embolismo mortale dell'arteria polmonare, tenuto conto che per il determinismo di questo è necessario un trombo di una certa grossezza e di una certa lunghezza.

Macroscopicamente il trombo ci appare costituito dalla testa, dal collo e dalla coda; la testa è di colore biancastro ed è formata da una fitta trama di piastrine, che si vengono sempre più inspessendo; nel collo, la trama è più lassa e vi è anche contenuto del sangue; ancor più lassa è la struttura della coda, che è costituita soltanto da sangue e che appare quindi il colore rosso.

Fra le condizioni che stanno alla base della formazione del trombo è anzitutto da menzionarsi, come si è detto il rallentamento della corrente sanguigna; vi contribuiscono anche le valvole venose ed è appunto dove questo sistema è più sviluppato, che di preferenza si formano i trombi, nonchè nel punto di sbocco di parecchie vene laterali (safena, circonflessa) nella femorale.

Considerate così le cose, per evitare il pericolo della trombosi, non rimane altro che cercare di opporsi in tutti i modi al rallentamento della circolazione, tenendo sollevati gli arti inferiori, praticando un massaggio passivo, facendo compiere dei movimenti attivi, cioè con tutti i mezzi che favoriscono la circolazione poco attiva nelle vene profonde. Tale scopo viene anche favorito dall'alzata precoce delle puerpere e degli operati. Però non sempre con i mezzi accennati si ottiene il pieno successo.

Un altro mezzo utile sarebbe quello di influire sugli elementi del sangue che sono implicati nel fenomeno, cioè le piastrine. Oggi è noto che queste derivano dai megacariociti del midollo osseo e che questi, rispettivamente quindi anche le piastrine, tendono ad aumentare in seguito alle emorragie del parto ed alle perdite operative di sangue; si comprende pertanto che in tali condizioni aumenti anche il pericolo di trombosi. Si tratta di una reazione biologica, contro cui non si sa come lottare.

Accanto al numero delle piastrine ha importanza l'agglutinabilità del sangue; quanto più questa è alta, tanto più facile e più rapida sarà la formazione del trombo. Trattasi di un fenomeno connesso con i fattori chimico-fisici di superficie e con le condizioni elettrostatiche del plasma; di grande importanza sono anche i rapporti fra albumina e globulina (ri-

spettivamente fibrinogena) del sangue e per quanto la coagulazione del fibrinogeno non corrisponda all'agglutinabilità delle piastrine, è un fatto che questa si abbassa con l'abbassarsi della coagulabilità del sangue.

È chiaro che la diversa composizione del sangue, il diverso contenuto in corpi albuminoidi, grassi, carboidrati, ecc., influisce sulle condizioni di formazione del trombo, il che dimostra anche l'influenza della nutrizione. Negli anni successivi alla inflazione in Germania, con l'aumento del consumo di grassi venne anche aumentando il numero delle trombosi e delle embolie. A loro volta, queste sono connesse con l'adiposità, per cui non a torto si è parlato addirittura di un « tipo embolico ». È un fatto che negli obesi, il circolo è sottoposto ad un maggiore sforzo, sicchè esso tende all'indebolimento, per cui ne resta facilitata la formazione di trombosi. Scarsa e non chiara appare invece l'influenza di altri fattori nel determinare l'aumento nel numero delle trombosi (aumento degli interventi operativi, delle iniezioni endovenose, delle malattie cardio-vascolari), mentre esso è da considerarsi in parte connesso con la maggiore età che ora si raggiunge in confronto di un tempo.

Oltre al rallentamento della circolazione, al numero delle piastrine, allo spostamento nell'equilibrio colloidale nel plasma, è stata segnalata anche la parte della reazione endoteliale, non tanto nel senso di modificazioni specifiche della parete vasale (p. es. nella tifoide) quanto nella sensibilizzazione (od allergizzazione) dell'endotelio da parte del processo infettivo, sicchè ne verrebbe facilitata la formazione del trombo di piastrine. Tale sensibilizzazione però non può essere che generale od almeno di dati territori vasali e non può, quindi, spiegare la formazione del trombo in punti determinati della vena femorale. Qualche autore ha creduto di attribuire gli ammassamenti endoteliali delle vene dell'arto inferiore ad una sensibilizzazione locale dell'endotelio stesso, mentre invece è stato dimostrato da altri che si tratta di fenomeni connessi con l'età, la questione non è ancora definitivamente risolta, tanto più che tali ammassamenti endoteliali sono stati osservati anche in un bambino di 5 anni, morto in seguito a sepsi.

Scarso valore hanno, in proposito, gli apporti sperimentali di ammassamenti endoteliali attribuiti a sensibilizzazione. La trombosi spontanea dell'uomo non ha nulla a che fare con i processi di allergia degli animali; nella prima, almeno agli stadî iniziali, non si può parlare di sensibilizzazione della parete vasale; in essa il trombo è costituito da piastrine, mentre nelle osservazioni sperimentali si ha una formazione di fibrina. *La trombosi, nell'uomo, è un fenomeno del sangue e non endoteliale.*

Per quanto riguarda la profilassi, tenuto conto che l'agglutinabilità delle piastrine è connessa con la proporzione dei corpi albuminoidi del sangue, e specialmente con le sostanze fibrinogene, appare utile lottare contro questa discrasia, per cui giovano le sanguisughe od il loro estratto. L'utilità di queste viene confermata dai chirurgi, mentre non si può dire che lo stesso effetto si possa ottenere con il sympatol o con altri mezzi del genere.

L'A. insiste sull'importanza delle modificazioni della circolazione per il determinismo della trombosi spontanea, come viene dimostrato dal fatto della sua maggior frequenza nella operazioni sotto- anzichè nelle sopradiaframmatiche, negli interventi sui grossi gozzi (in cui si ha un particolare carico del circolo) e nell'anestesia generale in confronto con quella locale. Di fronte all'importanza delle modificazioni della corrente, passano in seconda linea quelle della composizione del plasma. Da ciò la necessità, per la profilassi, di opporsi anzitutto ai fattori fisici che tendono a rallentare la circolazione, pure aiutandosi per modificare la composizione del sangue mediante le sanguisughe, mentre è un fattore trascurabile la sensibilizzazione endoteliale.

La trombosi spontanea, specialmente della vena femorale, è temibile soprattutto per l'embolismo polmonare, che è più pericoloso nel caso di stasi da enfisema od aderenze pleuriche, anzichè nella stasi da vizî cardiaci; non è improbabile che gli sforzi di tosse contribuiscano a dare, da una trombosi, un'embolia mortale.

Come si è più volte accennato, l'embolismo polmonare mortale è dato da trombi della vena femorale; una conferma di ciò si ha nella misurazione di emboli che hanno dato la morte, e che risultano della lunghezza di circa 40 cm., il che corrisponde ad un dipresso alla lunghezza della vena femorale dal legamento del Poupart al poplite.

Vi sono indubbiamente dei fattori fisici (mettersi a sedere, uso della padella nel letto, colpi di tosse, movimenti bruschi, ecc.) che favoriscono l'embolismo. Spesso questo segue subito la trombosi, la quale — a sua volta — si può formare rapidamente, in meno di un giorno. Comunque, formatasi la trombosi nella vena femorale, ciò che può riconoscersi abbastanza agevolmente, è necessario che il paziente eviti ogni movimento che possa distaccare il trombo, almeno fino a che questo si sia organizzato ed aderisca alla parete venosa, per il che si richiede una diecina di giorni.

In complesso, per esprimersi in linguaggio matematico, la trombosi è costituita da una serie di variabili; non è una sola causa che la provoca, ma sono diverse condizioni, che concorrono alla sua formazione; la loro considerazione è della massima importanza per la profilassi e la terapia. *fil.*

Diagnosi delle tromboflebiti dei seni.

(H. ROGER e Y. POURSINES. *Le Journal Médical Français*, ottobre 1938).

Le tromboflebiti dei seni sono per lo più dovute ad una infezione locale che si propaga per vicinanza fino alla parete del seno; talvolta però la trombosi ha una causa più generale.

Dal punto di vista sintomatologico le tromboflebiti si manifestano con tre ordini di sintomi:

1) *Sindrome circolatoria* dovuta alla stasi conseguente alla obliterazione del lume del seno.

2) *Sindrome infettiva* indice della infezione locale o generale e dello stato setticopiemico.

3) *Sindrome neurologica* conseguente all'irritazione o alla infiammazione dell'encefalo, dei nervi cranici o delle meningi vicine.

Le tromboflebiti principali sono quella del seno laterale, quella del seno cavernoso e quella del seno longitudinale superiore: si deve tener presente però che queste flebiti possono facilmente propagarsi da un seno all'altro e quindi più territori vengono colpiti contemporaneamente.

A) *Tromboflebiti del seno laterale.*

Il quadro clinico di queste tromboflebiti è dominato dalla sindrome infettiva, giacchè per lo più esse si manifestano in individui da vario tempo sofferenti di otorrea: si ha febbre a tipo suppurativo, ipertrofia della milza ed infine lo stato setticopiemico può determinare disseminazioni emboliche. Invece la sindrome neurologica (scarsa cefalea, liquor indenne) e la sindrome circolatoria passano in seconda linea: quest'ultima è costituita talora da un lieve edema nella regione mastoidea e dalla negatività della manovra di Queckenstedt dal lato malato.

Le tromboflebiti del seno laterale possono presentare complicazioni dovute alla diffusione dell'infezione talora ai seni vicini talaltra alle meningi o ai centri nervosi fino a provocare un ascesso del cervelletto.

Molte tromboflebiti del seno laterale sono invece paucisintomatiche o anche latenti. La diagnosi differenziale di tali flebiti deve essere fatta soprattutto con le altre complicazioni delle oto-mastoiditi: meningite o ascesso. A tale riguardo ricordiamo: 1) che mentre nella tromboflebite la curva termica presenta grandi oscillazioni, è continua nella meningite e spesso assente nell'ascesso; 2) che i dolori e la cefalea, per lo più diffusi nelle meningiti, sono quasi sempre localizzati alla mastoide in queste flebiti; 3): che la puntura lombare è negativa nelle tromboflebiti (se si eccettuata la prova di Queckenstedt unilaterale), mentre dà elementi importanti per la diagnosi di meningite o di ascesso.

B) *Tromboflebiti del seno cavernoso.*

Nel quadro clinico di queste tromboflebiti la sindrome circolatoria è la più importante e soprattutto a carico della vena oftalmica. Come conseguenza infatti dell'obliterazione di tale seno si produce stasi nella vena oftalmica e quindi edema delle palpebre ed esoftalmo con chemosi sierosanguinolenta, rare le emorragie retiniche e la nevrite ottica. È molto utile l'osservazione della prova di Crowe-Beck: se si osserva all'oftalmoscopio lo stato delle vene retiniche durante la compressione delle giugulari, in un soggetto normale si assiste alla comparsa di un rigonfiamento venoso che cessa sopprimendo la compressione delle giugulari; in caso di obliterazione del seno cavernoso tale fenomeno non si realizza più.

La sindrome neurologica in tali flebiti è dovuta alla compressione dei filetti nervosi che corrono nella parete del seno cavernoso cioè III, IV, VI nervi cranici e l'oftalmico.

La sindrome infettiva è costituita da febbre suppurativa, leucocitosi (16.000-20.000) e metastasi purulente viscerali o cutanee.

Etiologicamente nelle tromboflebiti del seno cavernoso si possono distinguere una *forma anteriore*, caratterizzata dall'evoluzione acuta, rapida e dalla intesità della stasi venosa orbitaria, quasi sempre consecutiva ad affezioni stafilococciche della faccia, ed una *forma posteriore*, molto più lenta nella sua evoluzione, di origine otogena.

La diagnosi differenziale di queste tromboflebiti deve essere fatta con le lesioni infiammatorie dell'orbita e con le lesioni intracraniche della fossa cerebrale media.

C) *Tromboflebiti del seno longitudinale superiore.*

Nel quadro clinico di queste tromboflebiti la sindrome neurologica è la più importante ed è costituita da due ordini di sintomi. Gli uni diffusi e consistenti in sonnolenza, torpore, leggera confusione mentale, cefalea, sono dovuti alla stasi sanguigna estesa a gran parte della corteccia; gli altri, più localizzati, come le paralisi progressive con crisi jacksoniane, sono dovuti alla propagazione della flebite alla vena di Trolard: la più caratteristica di tali paralisi consiste in una emiplegia che inizia dall'arto inferiore e raggiunge rapidamente quello superiore e la faccia, emiplegia che presenta variabilità di sintomi a seconda delle diverse condizioni fisiologiche (veglia o sonno, decubito destro o sinistro, ecc.).

La sindrome infettiva è scarsa e così pure quella circolatoria che si riscontra solo nelle forme gravi e rapide sotto forma di edema del cuoio capelluto, dilatazione delle vene sottocutanee del vertex ed epistassi.

Le tromboflebiti del seno longitudinale sono dovute con più frequenza che quelle degli altri seni a cause infettive di ordine generale e possono avere una evoluzione acutissima o subacuta.

F. TOSTI.

Accidenti vasali delle estremità.

(G. DE TAKÁTS. *Journal American Medical Association*, 2 aprile 1938).

Gli accidenti vasali delle estremità consistono in un improvviso inaspettato disturbo della circolazione locale dipendente da emorragia, embolia o trombosi.

L'*emorragia arteriosa*, dipendente dalla sezione più o meno netta del vaso, è quasi sempre abbondante e prolungata, perchè la contrazione delle arterie è meno efficiente ed il sangue arterioso è meno coagulabile. È prodotta più di frequente da ferite d'arma da fuoco, da armi da taglio o da punta, o da frammenti di ossa fratturate. Se il sangue si versa all'esterno attraverso la pelle l'emorragia può essere arrestata con la compressione o la costrizione al di sopra della lesione. Ma se il sangue si spande nei tessuti molli con la formazione di un grosso ematoma l'emorragia può arrestarsi spontaneamente per la compressione esercitata dal sangue stravasato sull'arteria. In tal caso si ha l'occlusione definitiva del vaso a meno che non si produca un aneurisma o il così detto ematoma pulsante.

Subiettivamente si hanno sensazioni di torpore, di formicolio e dolore nella zona nella quale la circolazione è arrestata. Talvolta il primo sintoma è la paralisi. Obiettivamente si riscontra pallore, cianosi, abbassamento della temperatura, scomparsa del polso ed infine, se non si interviene per ristabilire la circolazione, gangrena.

Talvolta nei traumi in vicinanza di un'arteria, questa subisce uno spasmo tale da occluderla completamente imitando così un'occlusione organica. Al riguardo conviene tener presente che quando un'arteria è chiusa da un coagulo si può avere uno spasmo più o meno persistente dei vasi collaterali.

Per arrestare l'emorragia occorre in primo tempo procedere alla compressione o costrizione dell'arteria, ma per non più di mezz'ora o al massimo un'ora, poi è necessario legarla o suturarla.

Alla legatura, specie negli arti inferiori, segue in un certo numero di casi la gangrena, che costringe all'amputazione. Ma dopo la legatura di una grande arteria, quando non si determina la gangrena, sogliono aversi disturbi che devono essere attentamente sorvegliati e curati: ipotermia, senso di torpore, mancanza del polso, atrofia e retrazione dei muscoli, neurite ischemica.

Tutti questi inconvenienti possono essere evitati con la sutura, che richiede una tecnica delicata, nella quale ogni medico dovrebbe essere addestrato.

L'*embolia arteriosa* consiste nell'improvvisa occlusione di un'arteria da parte di un coagulo proveniente dal cuore o da un altro vaso vicino.

Le affezioni che la producono sono in ordine di frequenza le seguenti: cardiopatie, stati post-operatori, infezioni e traumi, arteriosclerosi, aneurisma, aborto e parto, flebite.

Per lo più l'inizio è fulmineo: si ha dolore violento, e contemporaneamente paralisi, raffreddamento, pallore e scomparsa del polso, ed in capo a pochi giorni marmorizzazione della pelle e gangrena.

La diagnosi differenziale con la trombosi, dovrebbe essere basata sul fatto che nell'embolia l'inizio è più rapido e più violento. Ma la distinzione non è sempre così netta.

Il trattamento da preferirsi consiste nell'estrazione dell'embolo, che deve essere comunque subordinato alle condizioni del cuore, della parete vasale nella zona occlusa, e dei vasi collaterali, nonchè al tempo trascorso dall'inizio dei sintomi.

Purtroppo le condizioni del cuore e dei vasi vicini non possono essere modificate. L'embolectomia dà risultati soddisfacenti solo se praticata entro dieci ore dopo la comparsa dei primi disturbi.

Comunque prima d'intervenire bisogna accertare se si tratta di embolia o di trombosi, localizzare il punto dell'occlusione, rilevare lo stato dell'apparato cardio-vasale e l'eventuale esistenza di segni di gangrena. Questa si manifesta di rado sull'estremità superiori, il che rende più indicato l'intervento per embolie arteriose ivi localizzate.

Prima e dopo l'embolectomia, e indipendentemente da questa, devono essere prese accurate misure conservative intese a migliorare la circolazione collaterale ed a produrre la vasodilatazione periferica. L'addome e gli arti inferiori saranno tenuti caldi ad una temperatura di 32°-33°, tenendo conto che temperature superiori sono pericolose perchè aumentano il bisogno di ossigeno e quindi accentuano la deficienza arteriosa. Gli arti superiori saranno tenuti non troppo elevati ne troppo abbassati, a 10-15 gradi al disotto dell'orizzontale. Si faranno iniezioni endovenose di vasodilatatori: cloridrato di papaverina gr. 0,03 e nitrito di sodio gr. 0,06 in pochi cmc. di soluzione fisiologica o di acqua distillata (è bene usare soluzioni fatte di recente). Il caldo ed i vasodilatori diminuiscono lo spasmo delle arterie collaterali, prodotto dal dolore, dalla paura o dallo shock e sopratutto dal riflesso determinato dall'embolo.

In un gran numero di casi queste misure sono sufficienti a ridare all'arto il colore e la temperatura normali. Se ciò non avviene è a temere la gangrena. In tal caso anche se sono trascorse più di dieci ore è opportuno di praticare l'embolectomia prima di essere costretti all'amputazione.

L'embolectomia non è un'operazione difficile quando sia praticata con mezzi adatti.

Non si può dire se si ottengono migliori risultati con le misure conservative o con l'embolectomia, ma sembra che questa sia da preferire.

Gli emboli periferici multipli quando passano da un arto all'altro, al cervello, al cuore, ai reni, all'intestino hanno naturalmente una prognosi infausta. Ma fortunatamente per lo più gli emboli si mantengono isolati per parecchio ed anche quando si susseguono consentono all'infermo di vivere per molti anni, quando siano adeguatamente curati.

La *trombosi arteriosa* può dipendere da cause meccaniche, come le gruccie o una costola cervicale, da scottatura, da congelamento, da infezioni, come nella pulmonite e nel tifo, da arteriosclerosi e da arterite obliterante. La diagnosi differenziale con l'embolia non è sempre facile.

Si cura con gli stessi procedimenti, eccetto l'embolectomia, indicati per l'embolia. La sutura del vaso è seguita dalla riproduzione del trombo. L'escissione del tratto trombosato può essere indicata quando esso costituisce lo stimolo per gravi fenomeni di spasmi vasali di natura riflessa (ipotermia, torpore, cianosi, dolore).

È degna di essere menzionata la trombosi arteriosa multipla che ancor più simula l'embolia.

Va infine notato che la periarterite nodosa, che talvolta costituisce la manifestazione allergica di un'infezione vasale cronica, può provocare l'occlusione arteriosa acuta.

L'*emorragia venosa*, oltre che dalla puntura accidentale di una vena, è determinata per lo più da varici. La parete della vena molto delicata si assottiglia e si rompe facilmente. Talvolta l'emorragia è esterna perchè la pelle sovrastante la zona varicosa diventa sottile e tende a rompersi. Per prevenire tali emorragie ed anche per arrestarle giova iniettare soluzioni sclerosanti (oleato di sodio o di potassio al 5 %).

Le emorragie da vene varicose possono essere molto abbondanti e produrre anche il dissanguamento. Si arrestano tenendo sollevato l'arto ed applicando un bendaggio stretto dalle dita dei piedi fino al punto sanguinante. L'infezione e l'ulcerazione della parte si verificano raramente.

Alcuni individui con anomalie vasali congenite, come fistole arterovenose o aneurismi, perdono spesso sangue da aneurismi miliari della pelle. Si curano con la röntgen o radioterapia.

La *trombosi venosa* colpisce quasi sempre gli arti inferiori.

Ma si possono avere due forme tipiche di trombosi degli arti superiori: *a*) La trombosi ascendente della cefalica o della basilica in seguito ad iniezioni di sostanze irritanti, come le soluzioni ipertoniche di destrosio, e anche in seguito a trasfusione; si cura con il riposo, l'elevazione del braccio e le fomentazioni calde; *b*) La trombosi dell'ascellare o della succlavia di origine traumatica (gruccie, frattura o lussazione dell'omero, sforzi muscolari per i quali la succlavia è compressa tra la fascia costocoracoidea, il muscolo succlavio e la parete toracica); la diagnosi si basa sulla comparsa dell'edema e della cianosi, sullo sviluppo della rete venosa collaterale e talvolta sulla formazione di un coagulo palpabile sotto l'ascella o sotto il muscolo pettorale. L'isolamento o l'asportazione del segmento trombosato agevola il ristabilimento della circolazione collaterale.

Ma nella grande maggioranza dei casi, la trombosi venosa si verifica agli arti inferiori. Se ne distinguono quattro gruppi: 1) trombosi spontanea della safena normale senza varici, (molto più frequente nei maschi), con flebite ascendente, accompagnata da lieve ipertermia, e, di rado, con localizzazioni secondarie alla nuca, alle braccia o alla faccia; è determinata da streptococchi, infezioni reumatiche, tubercolosi; 2) trombosi di vene varicose; ha la stessa sintomatologia della forma precedente, ma ha un decorso più lento; è accompagnata da larghe chiazze di edema ed indurimento periflebitico, dolore alla pressione, ulceri; 3) tromboflebite delle vene profonde con quadro clinico del tutto differente; dopo sintomi prodromici (dolore al collo del piede o alle caviglie, diminuzione del polso, della pedidia, febbre lieve, pelle leggermente calda ed edematosa), si ha dolore improvviso, violento all'inguine, rapido gonfiore dell'arto, che diventa prima cianotico e poi bianco e duro; 4) trombosi delle vene perforate del polpaccio: è una forma grave ma rara, con edema localizzato, dolente alla pressione, febbre e spesso embolie pulmonari fatali.

In molti casi la tromboflebite è causata da foci infettivi (denti, tonsille, prostata, ecc.); è necessario perciò identificare il foco ed eliminarlo.

Il tipo superficiale si cura con fasciature o bendaggi elastici o con l'applicazione di una pomata con ossido di zinco e glicerina. Nella fase acuta giova la röntgenterapia che fa regredire l'essudato periflebitico. Occorrono inoltre il riposo a letto, l'elevazione dell'arto e le applicazioni calde. Ma l'immobilizzazione non deve essere prolungata.

Nelle forme infettive, rapidamente ascendenti è indicata la legatura della safena.

Nella tromboflebite profonda bisogna sollecitamente adoperare i mezzi che combattano l'edema persistente e riducono le possibilità di formazione di emboli, nonchè la trombosi ascendente. L'arto deve essere tenuto immobilizzato e leggermente sollevato e solo quando la temperatura ed il polso sono tornati normali si può concedere all'infermo di fare qualche passo. Per combattere l'edema, che tende a produrre la fibrosi permanente del sottocutaneo, si ridurrà la ingestione giornaliera di acque a non più di 1000 cmc., la dieta dovrà essere povera di cloruri, e si somministreranno diuretici (cloruro o nitrato di ammonio,

sali di mercurio). L'infermo quando si leverà dal letto dovrà usare le calze elastiche.

Comunque è necessario che il trattamento sia istituito tempestivamente. Se s'interviene tardi le probabilità di miglioramento diventano quasi nulle perchè il tessuto sottocutaneo è diventato fibroso, i linfatici sono distrutti, ed il liquido è stazionario. In questa fase solo l'ampia escissione del tessuto malato può riuscire utile. DR.

DIVAGAZIONI

Il meccanisno endocrino regolatore del tempo fisiologico.

(E. CANTILO. *La Presse Médicale*, n. 103, 1938, p. 1900-1903).

L'A. riporta la storia clinica di 2 pp. entrambe di 30 a. di cui ecco i dati più essenziali:

La 1ª aveva l'aspetto di una bambina: altezza m. 1,33, caratteri sessuali propri dell'età impubere, voce e psiche infantili, mai mm. regolari ma per un paio di volte solo modiche perdite sanguigne durate solo un'ora.

M. B. — 15 % Follicolinuria: in 6 determinazioni 3 volte un'eliminazione di 50 U. R. per 24 ore. Prolanuria: su 6 determinazioni mai presenza di Prolan. Tolleranza al glucosio: glicemia a digiuno 0,80 ‰, dopo 1 ora dall'ingestione di 100 gr. di glucosio 0,85 ‰ Radiografia della sella turcica: sella assai piccola a contorni normali. Radiografia dello scheletro: presenza delle cartilagini diafiso-epifisarie in entrambi i femori.

La 2ª consultava l'A. per un'amenorrea secondaria. Le mm. erano cominciate a 14 a.; in seguito erano state regolari per 14 a. (ciclo 28/5) poi si erano fatte più ravvicinate e più prolungate (ciclo 25/8) e infine erano cessate del tutto. D'allora la p. presentava palpitazioni, dolori precordiali, insonnia, ipertricosi, ingrassamento di 10 Kgr. Non era mai stata gravida. La p. era del tipo iperplastico longilineo, con la faccia a tipo acromegaloide, con voce a tipo maschile e aspetto vecchieggiante; era alta m. 1,71 e pesaga Kgr. 75. Polso 120 al m'; P. Mx. 180, Mn. 70. Prolanuria A. accentuata. MB. + 53. Glicemia a digiuno 0,87 ‰; dopo ingestione di 140 gr. di glucosio: 0,40 ‰. Dopo una cura con follicolina ad alte dosi (400.000 U. I. B.) rapido miglioramento: P. Mx. 120, Mn. 60; glicemia a digiuno 0,97 ‰ dopo carico di glucosio 108 ‰. MB. + 7 %. Nelle urine scomparsa del Prolan.

Ecco dunque 2 donne che per l'età dovevano definirsi adulte di cui invece la 1ª presentava caratteri somatici e psichici di una bambina mentre la 2ª caratteri di senilità quali siamo soliti trovare dopo la menopausa. Per esse mentre il tempo fisico è uguale il tempo fisiologico è diversissimo in quanto una è ancora una bambina, l'altra è già una vecchia. Il fattore che ha determinato questo fenomeno è l'ipofisi, l'organo somatotropo per eccellenza, che nel 1° caso era insufficiente (infantilismo), nel 2° iperfunzionante (senilismo, sindrome tipo Cushing). In esse in fondo nulla c'è di patologico; solo che una è ancora nel periodo dell'infanzia e l'altra in quello della vecchiezza.

L'ipofisi ha dunque un potere d'invecchiamento. Essa non è comparabile ad altri elementi del sistema endocrino; l'A. la paragona alla carica di un orologio, che può ben essere intatto ma se non lo si carica non cammina, se lo si carica troppo spesso avanza mentre se lo si carica troppo raramente ritarda. Se immaginiamo il sistema ormonale senza ipofisi, vediamo che nessun ormone fa difetto; vi sono tutti: la follicolina, il progesterone, il testosterone, l'insulina; l'adrenalina, la cortina, la tirossina, il paratirone ecc. Che cosa manca? L'essenziale: la carica dell'orologio cioè le stimoline di origine ipofisaria. Quando l'ipofisi funziona troppo (carica troppo sovente dell'orologio) il tempo biologico si accorcia rispetto al tempo fisico, quando funziona poco (carica troppo ritardata) succede il contrario. Nell'organismo umano c'è però un elemento che manca nell'orologio: la possibilità che alcune glandole, pur controllate dall'ipofisi, a loro volta agiscano sull'ipofisi come fattori di inibizione, ciò che succede sopratutto per gli ormoni sessuali, come per primi hanno dimostrato i clinici (follicolina nelle esperienze di Del Castillo, androstina in quelle di Mc Cullach e Walsh).

Concludendo l'invecchiamento di un individuo è dato dalla sua progressione nel tempo individuale che non è sinonimo di tempo fisico: l'età reale di un individuo è indipendente dalla sua età fisica. Il ritmo del tempo di un individuo è regolato dal suo complesso endocrino e questo essendo regolato dall'attività dell'ipofisi, si può dire in definitiva che è l'ipofisi che regola il tempo individuale. Essa accelera costantemente l'accrescimento dell'individuo nel tempo e nello spazio, cioè in tutte e 4 le dimensioni. Considerata di per sè l'ipofisi è sempre acceleratrice che è quanto dire fattore d'invecchiamento, solo che nell'organismo esistono degli ormoni, quelli sessuali, che ne moderano l'attività.

È per questo che quando cessa l'attività delle gonadi si ha il rapido invecchiamento che rassomiglia in maniera così suggestiva allo stato iperipofisario acromegaloide; è per questo che nella vecchiaia l'uomo va incontro all'ipertensione (eccesso di adreno-stimolina), al diabete (eccesso di ormone diabetogeno), all'osteoporosi e alla fragilità ossea con ipercalcemia (eccesso di paratiro-stimolina), all'abito basedoviano (eccesso di ormone tireotropo), ai cancri genitali e all'ipertrofia della prostata (eccesso di gonado-stimoline) e infine alla splacnomegalia generale e allo sviluppo dei diversi cancri che, secondo le esperienze di La-

cassagne, sono pure dovuti ad uno stato di ipercrinia generale da causa ipofisaria.

Ne viene di conseguenza che si può essere vecchi non per età reale ma per uno stato di disendocrinia. Così basta un adenoma ipofisario tipo Cushing per riprodurre tutto il quadro della vecchiaia a 30-40 a.

La conoscenza dell'ipofisi come organo di invecchiamento ha un'immensa portata pratica, poichè il medico possiede oggi dei mezzi atti ad accelerare il tempo fisiologico (ormoni ipofisari) ed altri atti a rallentarlo (ormoni sessuali sia maschili che femminili).

Si apre così un capitolo di endocrinologia che l'A. definisce « trascendentale » e che forse darà all'uomo delle possibilità quasi divine.

LUCCHETTI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Prof. BENIAMINO DE VECCHIS. *Trattato Analitico di Ortodontia.* Vol. II, pag. 350, via Cornelio Celso, 1, Roma. Prezzo L. 50.

Nel ventennale della vittoria, nel giorno fatidico in cui il doloroso eroico periodo del Rinascimento italiano trova la conclusione divinata dei sommi geni della stirpe e della razza, nel giorno cioè nel quale ogni italiano onara la Patria con le opere del braccio e del pensiero, conscio nella naturale umiltà di portare il suo contributo per un sempre più grande avvenire e per una sempre più alta civiltà, il prof. De Vecchis, con italica sensibilità fascista, diffonde il suo II volume del Trattato Analitico di Ortodontia. Chè se noi prima di addentrarci nell'esame purtroppo sommario del libro ci siamo soffermati deliberatamente sulla data che porta la brevissima prefazione, non lo abbiamo fatto a titolo introduttivo, ma a sottolineare come al numeroso elenco e alla profondità di pensiero dei lavori dell'A., da lungo tempo riconosciuti e considerati sia all'estero che nel nostro Paese, corrisponde la sua rettilinea ed onesta figura di scenziato e di italiano.

Due anni di lavoro intercorrono tra il I volume, dedicato allo studio prevalentemente storico dell'Ortodontia che va dalle fonti di Castalia al dogma di Angle, e questo II volume, che attraverso l'analisi embriologica, anatomica, fisiologica, chimico-biologica, antropologica, endocrinologica, vitaminologica, radiologica giunge, attraverso uno studio serrato, alla complessa e proteiforme etiologia delle malocclusioni. È ovvio quindi che a confronto della illuminata eloquenza, della profondità dottrinale ed umanistica sapienza di cui è ricco il primo volume, sembri alquanto più severo il contenuto di questo ultimo.

Eppure l'A. nel momento in cui si domanda il perchè dell'essere dell'ortodontia, è costretto a chiedere a tutte le scienze mediche, antiche e giovani, le più vaste e profonde conoscenze nel tentativo di carpire alla natura i suoi segreti, di dotare ancora una volta la mano dell'uomo di mezzi potenti, sicuri, biologici per alleviare le sofferenze dei propri simili, per rallegrare lo sguardo colla visione di un'umanità sempre più esteticamente migliore, con il conferire ad ogni essere la suprema piena felicità della vita. L'A. ha riconosciuto se stesso inadeguato allo sforzo che era per compiere, ha chiesto aiuto all'anatomico, al fisiologo, al clinico, cosicchè questa parte del trattato rappresenta uno sforzo collettivo atto a conoscere il terreno dal quale trae origine l'eziopatogenesi delle malocclusioni, delle asimmetrie e perversioni facciali.

Partendo dallo studio anatomico delle ossa dell'estremo cefalico, del collo, illustrato con limpide figure in nero e bicromiche, l'A. si addentra nello studio, metrico-facciale e cranico. La disamina attenta delle correlazioni facciali, sia in rapporto allo sviluppo dello scheletro della faccia, sia allo sviluppo somatico generale, viene ad illuminare le leggi fisicochimiche embriologiche e biologiche delle variazioni e della ereditarietà. Non è infatti più possibile comprendere appieno il vasto campo delle malocclusioni senza una conoscenza profonda ed esatta delle basi biologiche stesse, che attraverso l'ereditarietà conducono alle malformazioni congenite e acquisite.

L'odontoiatria, al quale è in particolar modo destinato tale trattato, troverà in questo capitolo una delle parti ancora più vergini e suscettibili di vasti sviluppi e di future conquiste. Su tale argomento è stato fatto il punto. Da questo egli potrà partire sicuro alla conquista di più profonde conoscenze nei rapporti fra i processi vitali, i fenomeni dell'accrescimento e la complessa patogenesi dentaria. Nella prima esperienza praticata in *corpore vili* dai primi ricercatori per lo studio della patogenesi dei difetti di sviluppo da carenze alimentari, gran parte aveva l'osservazione dei danni che venivano provocati a carico del sistema scheletrico ed in particolar modo del sistema dentario. È quindi logico che l'ortodontia svisceri a fondo la complessa serie di danni che ne viene al sistema osseo dentario in coincidenza delle eventuali carenze alimentari. Qualora poi queste intervengano nel periodo dello sviluppo, il danno che ne deriva si moltiplica nella sua gravità e le ossa della faccia, in particolar modo i mascellari ne sono più a fondo compromessi. Quale importanza abbia questo capitolo è facile comprendere qualora si pensi all'enorme numero di soggetti che vengono colpiti da tali alterazioni nei periodi di calamità pubbliche e di guerre in cui milioni di esseri possono essere costretti ad un regime deficitario parziale o totale in determinati settori dell'alimentazione, in particolar modo nelle attuali contingenze economiche mondiali in cui una ingiustizia distributiva costringe i popoli poveri a difen-

dere il proprio diritto alla vita sino all'ultimo limite contro la ingorda e inumana prepotenza dei popoli ricchi. Ed ancor più tale argomento diviene importante qualora si considerino i rapporti che intercedono fra lo stato, pensoso ed amorevolmente preoccupato delle condizioni di salute del popolo e la concezione dello Stato fascista propulsore ed organizzatore di tutta una serie di provvedimenti al fine di creare una nuova razza biologicamente e mentalmente evoluta che abbia in sè la forza e la potenza dell'Italiano nuovo, degno e superiore del grande e potente antico « civis romanus ».

Il capitolo VIII è dedicato ai rapporti tra sistema dentario e vitamine.

La precocità e la gravità delle lesioni che compaiono a carico del sistema dentario, sia durante la gravidanza che durante l'allattamento naturale ed artificiale in seguito alla unilateralità dell'alimentazione e quindi alla deficienza di vitamine, sono attualmente troppo comunemente conosciute perchè l'importanza di tali rapporti debba venire sottolineata.

Basterà ricordare che nel sistema scheletrico le assenze o deficienze vitaminiche lasciano il loro marchio consistente in anomalie non sempre facilmente riparabili.

Attraverso lo studio della fisiopatologia endocrina nei suoi rapporti col sistema dentario, con la faccia, argomento ancora pieno di ombra ma anche di luci, e quindi suscettibile di ingentissima serie di studi, l'A. discute e tratta dell'accrescimento della faccia nei suoi molteplici rapporti con le leggi fondamentali della crescenza, nei suoi periodi e nelle sue fasi, nel sesso e nelle crisi decisive dell'evoluzione sessuale. L'arduo argomento è illustrato da numerosi schemi e diagrammi, da tabelle numeriche che lo rendono estremamente chiaro e comprensibile.

Dopo un capitolo, dovuto al Direttore dell'Istituto di Anatomia di Roma, nel quale vengono esaminate le correlazioni morfometriche dell'apparecchio masticatore, del tutto originale, l'A. amplifica il suo respiro nello esame dei tipi facciali, osservando i rapporti fra costituzione, sistema dentario, faccia e cranio alla luce delle ultime conoscenze di biotipologia ed ortogenesi. A questo punto l'eclettico umanesimo dell'A., trova modo di dare forma di arte alla sua esposizione, non dimentico mai degli imperituri contributi dei più grandi Nostri e chiude il suo volume avendo innanzi agli occhi dell'intelletto la divina figura del più grande genio che sia mai esistito, dell'irraggiunbile Leonardo.

Purtroppo non c'è stato possibile che in sintesi esporre il vasto contenuto della seconda parte di quest'opera, ma ci auguriamo di aver potuto offrire al lettore la sensazione che egli può ivi trovare le basi sicure, dalle quali comprendere il più esattamente e profondamente possibile la non sempre chiara e facilmente intuibile etiologia delle malocclusioni.

Conosciuta l'evoluzione storica e la critica dottrinale dell'ortodontia (I vol.) e resosi padrone del multiforme complesso di cognizioni di ordine generico e specialistico, che solo l'odontoiatra-medico e chirurgo è in grado di vagliare e comprendere, il lettore attenderà impaziente l'ultimo volume che gli consentirà di sfruttare appieno le conoscenze acquisite e di essere un valido assertore di una dottrina a sicuro e vasto successo.

Così dal difficile, aspro lavoro scientifico si offre a molti, con generosa fatica, la possibilità di portare sempre più avanti la piccola scintilla suscitatrice di sempre più luminose conquiste per il benessere dell'umanità.

Dott. Chiappetti.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

F. O. Höring. *Klinische Infektionslehre.* Un vol. in-8° di 184 pagg. J. Springer ed. Berlin, 1938.

Ci dobbiamo liberare dall'idea che la malattia sia da considerarsi come qualche cosa di estraneo che penetra nell'organismo. Il concetto di « malattia » è una pura astrazione, uno stato transitorio di un individuo; e così pure i due stati di malattia e salute non si possono pensare al di fuori dell'individuo. L'una e l'altra costituiscono un ininterrotto processo biologico, che non si può staccare dal complesso delle manifestazioni vitali.

Con questi concetti, l'A. inizia la trattazione di questa dottrina clinica delle malattie infettive, considerando le cose da un punto di vista molto elevato, da quello della biologia generale. Ed all'idea della malattia come lotta fra l'ospite ed il germe, sostituisce quella, ben più consona ai principi biologici, della simbiosi fra i due, esaminando le basi morfologiche, fisiopatologiche e sierologiche della sintomatologia delle malattie infettive. La simbiosi può essere turbata ed ecco l'infezione locale e generale e la sepsi, mentre il ristabilimento dell'equilibrio porta ed indica la guarigione.

L'A. tratta poi la profilassi e la terapia, dissuadendo il lettore dall'antica credenza che per ogni malattia infettiva si possa nel futuro ottenere un rimedio specifico, vana illusione ormai tramontata a cui si va sostituendo il concetto di terapia aspecifica, modificatrice, adattabile a tutte le malattie, mentre per alcune può essere utile la cura specifica.

L'esposizione è limpidamente chiara ed il libro si legge con un crescente interesse perchè scopre realmente nuovi orizzonti allo studioso.

fil.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

B. UDAONDO. *Les gastropathies des syphilitiques.* Masson et C., édit. Paris. Un vol. di 216 pag., 19 fig., 32 fr.

Tra coloro che, troppo allargando il dominio della sifilide nell'origine delle visceropatie, scorgono il treponema pallido ovunque e coloro per i quali lo stomaco sfugge all'assalto dell'infezione, B. Udaondo occupa il giusto posto intermedio. Con il lavoro che abbiamo dinanzi, in base ai risultati di una prolungata esperienza metodicamente diretta, cerca di fissare bene il posto che conviene fare alla sifilide nella etiologia e nella patogenesi di alcuni disturbi. I singoli capitoli trattano:

Antecedenti storici della sifilide dello stomaco; sintomatologia generale della gastrolue; la radiologia nelle sifilopatie gastriche; gli aspetti clinici; l'ulcera sifilitica dello stomaco; le forme tumorali pseudocancerigne; la sclerosi gastrica ipertrofica; le reazioni gastriche della neurolue; la diagnosi delle malattie di origine sifilitica dello stomaco; la cura delle affezioni gastriche sifilitiche.

È superfluo ricordare che il lavoro è corredato da molte belle riproduzioni di radiografie e da una vasta bibliografia abbracciante 537 pubblicazioni e comprendenti pressochè tutti i lavori comparsi in Italia sull'argomento, conferma nuova dell'ammirazione che il B. Udaondo ha avuto sempre per noi italiani, a molti dei quali il Clinico Argentino è ben cognito e caro. MONTELEONE.

G. RICKER. *Wissenschafts-theoretische aufsätze für Arzte.* Un vol. in-16°, di pagg. 83, cart. G. Thieme, Leipzig. Prezzo RM. 2,70 (25 % di sconto per l'estero).

Sono quattro saggi, in cui l'A. esamina alcune questioni fondamentali, che stanno alla base del sapere e della scienza medica. Svolge nel primo i concetti del dualismo cartesiano, dell'eterogeneità fra corpo ed anima, pure riconoscendo un parallelismo e dei rapporti scambievoli fra fisico e psichico, che si riuniscono nel concetto di antropologia, in senso lato, cioè dello studio dell'uomo.

Si occupa, poi, della fisiologia come pura scienza naturale, che studia essenzialmente i rapporti causali dei processi dell'organismo e che, fondamentalmente, costituisce un tutto unico con la patologia. Considerate le cose sotto tali punti di vista, non è possibile dare una vera definizione della « malattia », che rappresenta un concetto puramente pratico, come pure è pratica la terapia, la quale considera il fisico come lo psichico.

Questi i concetti principali svolti in questo libro, che si inspira a Cartesio e si conclude con un detto di questi mostrando l'importanza della logica nella scienza, la quale risulta soprattutto dall'elaborazione logica del sapere.

È bene che il medico, il quale voglia essere qualche cosa di più che un semplice pratico, si soffermi ogni tanto a considerare sulla guida di libri come questo i primi principi a cui si inspirano la sua scienza e la sua pratica. *fil.*

Ministero dell'Interno. *Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno.* N. 2. Un vol. in-8° di pag. 396, con figg. Ist. Poligr. dello Stato, 1938. L. 15.

Col modesto nome di « Notiziario », la Direzione Generale della Sanità Pubblica raccoglie in questi volumi comodamente maneggevoli le notizie più interessanti, che riguardano l'igiene e la Sanità pubblica in Italia. Vi troviamo anzitutto l'ampio resoconto dell'attività della detta direzione nel 1936-37 a cui seguono vari lavori e riviste di aggiornamento, fra cui alcuni dovuti allo stesso Direttore Generale, S. E. Petragnani (Medicina corporativa, Metodo « standard » per la preparazione della tubercolina e di un vaccino antitubercolare, ecc.); altri riguardanti le brucellosi (Mazzeo, Bisanti), la poliomielite anteriore acuta (Martorana), il gozzismo (Marcovecchio), ecc.

Seguono le istruzioni emanate su alcune questioni speciali (Controllo dei vaccini, Lotta contro le mosche) e tutte le disposizioni emanate dalla stessa Direzione in materia di Igiene e Sanità pubblica.

Un ampio resoconto sull'efficienza degli Istituti di cura per tubercolosi in Italia ci dà una confortante visione dell'attuale attrezzatura del nostro Paese in materia e conclude degnamente questo fascicolo, che è del massimo interesse per chi si occupi di Igiene e di Sanità pubblica. *fil.*

Le Leggi e gli Istituti per la lotta contro la tubercolosi in Italia. Un vol. in-8° di 242 pagg. con figg. Fed. It. Fasc. per la lotta contro la tubercolosi, Roma, 1938, L. 20.

Alla bella pubblicazione che qui ci presenta la F.I.N.F. per la lotta contro la tubercolosi, hanno collaborato il prof. M. Collina ed il dott. A. Lusignoli.

Il Collina, che ha diretto per molti anni l'Ufficio antitubercolare alla Dir. Gen. della Sanità Pubblica e che conosce *intus et in cute* la materia, aveva già pubblicato in precedenti edizioni la « Legislazione antitubercolare », che qui riproduce completata ed aggiornata. Molto opportunamente egli, invece di limitarsi a riprodurre integralmente le varie disposizioni emanate nel ginepraio delle quali il lettore difficilmente potrebbe orientarsi, ha riunito in singoli capitoli le varie questioni che possono presentarsi in materia (denuncia, isolamento, consorzi, dispensari, assicurazione, ecc.) fornendo su ciascuna tutte le indicazioni, con i relativi riferimenti a leggi, circolari, ecc. Il compito di consultare questo libro è così facilitato grazie all'inquadramento fattone dall'A., lavoro che poteva essere ese-

guito soltanto da chi conosce a fondo la materia. Seguono le principali disposizioni legislative nel testo integrale e l'elenco delle disposizioni riguardanti la tubercolosi, dal 1927 ad oggi.

L'organizzazione antitubercolare italiana è efficacemente illustrata nelle sue linee principali dal dott. A. Lusignoli. Precisa raccolta di dati sull'andamento della morbosità per tubercolosi nelle singole province e sulle opere antitubercolari in attività in esse, con indicazione dei posti-letto, delle diarie in ospedali, sanatori, dei giorni di visita in dispensari, ecc. Per ogni compartimento, un grafico esprime con vivace efficacia i dati più interessanti delle singole province: popolazione, numero di comuni, densità di popolazione e le varie opere antitubercolari esistenti.

Nella prefazione, il prof. F. Bocchetti, che anima con entusiastica fede l'opera della « Federazione », illustra con calde parole l'opera dell'Italia in questo campo ed i fini di questa utile pubblicazione, che inquadra « nella loro struttura essenziale l'azione legislativa e l'azione pratica, armonicamente confluenti verso i fini della lotta ». *fil.*

R. D. LAWRENCE. *La vita del diabetico.* II ed. Trad. con aggiunte di G. FEDULLO. Un vol. in-16° di 242 pagg. con 24 figg. rilegato. V. Idelson, Napoli, 1938, L. 25.

Il libro del Lawrence, che è direttore del riparto diabetici al King's college hosp. di Londra, è scritto con criteri eminentemente pratici, sì da costituire una buona guida per il diabetico, che seguendone i consigli può regolare la sua vita e la sua alimentazione in modo da mantenere quel giusto equilibrio, che compenserà il difetto del suo ricambio. L'A. ha anche semplificato le prescrizioni, introducendo i metodi originali della « Razione-linea » e dei « Cinque grammi », in modo che il diabetico può facilmente calcolare le quantità di carboidrati che gli sono permesse e variare discretamente la sua dieta.

L'A. ci dà delle nozioni generali sul diabete, sui sintomi, la diagnosi, le analisi di controllo che può fare il diabetico stesso. Accenna a varie questioni controverse, come quella del digiuno, dei diversi metodi di cura, occupandosi poi ampiamente della cura dietetica ed insulinica e diffondendosi anche sul recente metodo della protamina-insulina.

L'accurata traduzione, con qualche adattamento per le abitudini italiane, è stata fatta dal dott. Fedullo, assistente nello stesso ospedale dell'A.

Il libro, per il modo piano e chiaro con cui è stato scritto, è bene adatto per il profano, ma assai utile anche per i medici. Oltre a questa seconda edizione italiana, ve ne sono 10 inglesi e le traduzioni in spagnuolo, in francese ed in olandese. *fil.*

ALBERTO C. GERMANO, S. CORREIA. *India portoghese. Prostituzione e profilassi antivenerea. Storia, demografia, etnografia, igiene e profilassi.* Bastorà (India portoghese). Tipografia Rangel, 1938, pp. 404.

L'A. studia il fenomeno della prostituzione, sorvegliata e clandestina, nell'India (Indostan, India portoghese), soprattutto in relazione con il traffico delle donne ed il lavoro femminile e ne fa la storia attraverso il tempo.

In un capitolo a parte sono esposti i criteri adottati nei riguardi della profilassi antivenerea, messi a confronto con la legislazione vigente negli altri paesi, con le deliberazioni del consiglio della società delle nazioni in Ginevra e con i rapporti della commissione d'inchiesta sulla tratta delle donne e dei fanciulli in Oriente.

Per noi occidentali non è senza interesse il conoscere la particolare fisionomia che assume questo doloroso fenomeno di degenerazione sociale in mezzo a genti di altra razza e viventi in altro clima, con usi, costumi e religione, tanto diversi dai nostri, e l'influsso esercitato su di esso dalla civiltà dei popoli europei, conquistatori e colonizzatori di quel lontano continente (1).

Da questo punto di vista l'opera in esame rappresenta una raccolta di importanti notizie e come tale può riuscire assai utile agli studiosi di queste materie. V. MONTESANO.

(1) Per citare solo un piccolo esempio, il nome *baiadera* con il quale si designa la danzatrice e la cantatrice pubblica nell'India deriva dalla parola portoghese « *bailadeira* » o ballerina.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Coma basedowiano.

P. Bastenie (*Le Scalpel*, n. 49, 3 dicembre 1938) osserva che le crisi tireotossiche sopravvengono in generale come complicazione di una tiroidectomia e che esse sopravvengono sopratutto quando l'intervento è praticato senza iodo-terapia preoperatoria.

Più rara sarebbe la loro apparizione quando non vi sia stato intervento.

L'A. riporta che H. Zondek al contrario ha riscontrato dei casi importanti di crisi tireotossiche non conseguenti ad intervento, e che descrive una forma comatosa del morbo di Basedow.

L'A. a sua volta descrive due casi tipici di coma basedowiano. Nel primo caso il quadro clinico si presentava come quello di una encefalopatia, la cui natura era molto difficile a stabilirsi. Si notava tuttavia la tiroide aumentata di volume ed un lieve esoftalmo. Essendo stata confermata, dopo trattamento al Lugol e successive crisi, la diagnosi di ipertiroidismo, viene praticata una tiroidectomia.

Nel secondo caso, riconosciuto il Basedow, il coma si è stabilito e, malgrado intensa iodoterapia, ha avuto esito letale.

In questi casi l'importanza dei segni tireotossici contrastava col debole volume della tiroide e con la cifra bassa del metabolismo. La temperatura elevata, il coma facente seguito ad un periodo di agitazione motrice e psichica, l'astenia muscolare intensa, la secchezza notevole della bocca, sono segni classici rispondenti alla descrizione fattane da H. Zondek. L'anatomia patologica chiarisce poco l'etiologia della sindrome. Nessuna lesione nervosa è stata messa in evidenza sia nel caso di Zondek che in quelli dell'A. Ma l'A. afferma con Klien e Zondek che quando queste lesioni possono essere osservate sono verosimilmente da mettersi in relazione con lesioni tossiche osservate in altri organi. In parte vascolari, in parte degenerative esse giustificano il nome di « encefalopatia tireotossica ».

L'A. conclude affermando che l'etiologia delle crisi tireotossiche resta misteriosa.

S. FIORENTINI.

Il trattamento dei diabetici con l'insulina resistente.

H. Robbers e W. Stoll (*Med. Klin.*, 16 settembre 1938) hanno studiato il comportamento degli organismi sani e diabetici al confronto dell'insulina di vecchio tipo e di tipo nuovo (insulina depositante « Bayer », ed insulina Zinco-Protamina « Uovo »).

Nei sani, l'iniezione di questi ultimi due tipi la curva glicemica assume lo stesso decorso.

Dopo un'iniezione endovenosa l'insulina zinco-protaminica non si ha azione alcuna di deposito, ed il decorso della curva glicemica è uguale a quello provocato dall'insulina usuale.

Nei casi di diabete di media gravità, 2 iniezioni di vecchia insulina possono essere sostituite da un'unica iniezione d'insulina resistente, facendo però molta attenzione, nel periodo di sostituzione, alla curva glicemica a digiuno.

I casi di diabete gravi, che richiedono 3-4 iniezioni di vecchia insulina, possono esser quasi sempre posti a 2 iniezioni di quella resistente.

L'azione di deposito dei due tipi d'insulina resistenti è pressochè eguale.

Sarebbe comunque necessario, secondo gli AA., che il passaggio di trattamento dall'insulina vecchia alla nuova venisse effettuato in clinica, per compiere anche di notte le opportune determinazioni della glicemia.

M. FABERI.

Azione diuretica dell'estratto tiroideo.

Quest'azione venne messa in evidenza da Campanacci, il quale l'ha utilizzata nei cardiorenali. Ne sono state poi eseguite molte applicazioni, con risultati vari. S. Goligorsky (*Presse Méd.*, n. 91, 1938) ha accertato un alto potere diuretico dell'estratto tiroideo, in 3 casi di edema a sfondo ipotiroideo. Buoni risultati si sono anche avuti in edemi nefritici, da menopausa, delle eclamptiche e negli edemi degli artritici.

Secondo von Issekutz, l'aumento della diuresi si produrrebbe per un meccanismo nervoso centrale; invece Goligorsky stima più probabile che esso consegua ad attivazione del metabolismo: l'estratto tiroideo stimolerebbe la funzione renale per un meccanismo inverso a quello con cui tale funzione viene depressa sull'insufficienza tiroidea.

Ne deriva la conseguenza che la terapia tiroidea a scopo diuretico trova le sue indicazioni principali nei casi in cui l'alterazione dei reni e del ricambio idrico è condizionata dall'ipofunzione tiroidea. A. P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Modificazioni del calcio e del fosforo inorganico nel sangue dopo gli interventi chirurgici con diversi anestetici.

I. Blitstein (*Revue Belge des Siences Médicales*, agosto-settembre 1938) ha studiato le variazioni del calcio e del fosforo inorganico negli operati sotto diversi anestetici. Le modi-

ficazioni sono state sempre nel medesimo senso, ma sono più frequenti e più marcate negli operati sotto anestesia all'etilene che in quelli operati sotto narcosi all'etere o al protossido di azoto.

Nell'anestesia all'etilene in 8 malati su 13 si è avuta una diminuzione della calcemia (in media 1,17 mmgr. Ca %) che ha raggiunto il maximum verso il 5°-6° giorno dopo l'operazione per scomparire verso il 10°-12° giorno. Il tasso dei calcio sanguigno non è disceso mai sotto i limiti fisiologici.

Il fosforo inorganico è diminuito anch'esso in 8 operati su 13 con una media di 1,5 mmgr. P % e particolarmente in corrispondenza dei 3-4 primi giorni con ritorno in seguito al valore pre-operatorio. Tre malati hanno presentato un modico aumento del fosforo inorganico.

Negli operati sotto anestesia eterea l'A. ha riscontrato 4 volte su 5 una diminuzione della calcemia in media di 0,94 mmgr. %; l'ultimo malato ha presentato un leggero aumento della calcemia. Il fosforo inorganico è diminuito nettamente in 1 malato su 7, mentre nei 6 altri la caduta è stata debole; la media è stata di 0,5 mmgr. %.

Di tre malati operati sotto anestesia al protossido di azoto uno ha presentato leggero aumento della calcemia e gli altri due una diminuzione in media di 0,75 mmgr. %; il fosforo è diminuito in 2 operati del 0,46 mmgr. per cento.

L'A. attribuisce l'aumento della calcemia subito dopo l'operazione all'eccitazione del simpatico ed allo choc operatorio che si manifesta con una diminuzione della massa del sangue circolante ed una concentrazione sanguigna, e la diminuzione della calcemia nei giorni seguenti allo choc simpatico dovuto alle legature vascolari e forse alla depressione dell'attività delle paratiroidi.

La diminuzione del fosforo inorganico nei giorni seguenti all'operazione è dovuta probabilmente, secondo l'A., ad una eliminazione esagerata di fosfati acidi per le urine.

F. TOSTI.

FORMULARIO.

Nell'insonnia degli epato-biliari.

G. Parturier (*Rev. méd.-chir. malad. foie, rate, pancreas*, luglio-agosto 1936) consiglia:

1) Clistere da tenere:

Laudano	gocce	XV-XL
Analgesina	g.	0,75-2
Estratto di crataegus	g.	0,25
Solfato di sparteina	g.	0,05-0,20
Acqua q. b. per	g.	150

2) Suppositori:

Estratto tebaico	cg.	uno
Metaspirina	cg.	75
Eccipiente q. b. per un suppositorio		

VARIA

Tonsille e problema demografico.

È stato da noi recensito lo studio di un medico tendente a dimostrare che l'asportazione delle tonsille palatine ha una ripercussione sull'organismo ed apporta deviazioni psichiche, modificazione dell'istinto sessuale, aumento di peso, di massa, invecchiamento precoce, sterilità, ecc. Esso associa, quindi il problema tonsillare a quello demografico.

L'Ufficio centrale demografico del Ministero dell' Interno ha pertanto nominata una Commissione, costituita dai proff. Frugoni, Spolverini, Vidau, Ferrari, Torrigiani, ad esaminare e ad esprimere un parere tecnico-scientifico in materia.

La Commissione ha esaminato la letteratura mondiale, ha consultato le statistiche personali ed ha esteso il controllo a qualche migliaio di operati, arrivando alle conclusioni che: 1) la tonsillectomia non apporta nessun disturbo sullo sviluppo fisico e psichico dell'organismo nei fanciulli; 2) che essa non induce alcuna alterazione nelle capacità intellettuali ed energetiche dell'adulto operato; 3) che non ha alcuna dannosa ripercussione sulle funzioni sessuali e sulla fecondità degli operati.

La relazione fa inoltre osservare che, in Italia, si segue il principio di asportare in modo *totale* le tonsille soltanto quando esse presentino uno stato infiammatorio cronico, per cui esse, decisamente deteriorate nella loro funzione, siano un focolaio patogeno per l'organismo e, quindi, causa di varie malattie.

(*Il Valsalva*, giugno 1938).

fil.

Ingestione di cacao e cefalea.

Considerando che il cacao viene adoperato assai spesso come alimento, Lickint F. (*Dtsch. Med. Wschr.*, 21 ottobre 1938) riferisce alcune sue osservazioni fatte su individui ipersensibili, nei quali l'ingestione di cacao si accompagnava a cefalee e pesantezza di testa. L'A. consiglia di non dimenticare questa possibilità tutte le volte in cui ci si trova in presenza di cefalee di natura imprecisata e sulla cui genesi non si ha notizia.

L. TRAVIA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

M. A. FIAMBERTI. *Proposta di un nuovo metodo (shock vascolare) di provocazione di accessi convulsivi a scopo terapeutico con l'impiego per via endovenosa di acetilcolina.* Tipografica Editrice Minerva, Milano, 1938.

G. MASSIMI. *La denuncia degli aborti.* Tip. Europa, Roma, 1938.

F. VALTORTA. *Problemi morali politico religiosi nella cura della sterilità.* Ed. L. Pozzi, Roma, 1938.

D. D'AMICO. *L'assistenza oculistica nelle carceri giudiziarie di Palermo.* Tip. Vena, Palermo, 1938.

LA PAGINA DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Lichen piano.

Ricordi clinici. — Il Lichen piano è costituito da papule piccole di forma poligonale a superficie piatta e lucente. Sono queste papule per solito isolate ma possono anche confluire in larghe placche, le quali però conservano sempre superficie lucente. Il lichen si localizza di solito sulla cute delle mani delle avambraccia, delle gambe e talvolta anche sulla cute del tronco. Caratteristica è la localizzazione sulla mucosa della bocca e della lingua dove prende un aspetto di chiazze opaline, porcellanacee, oppure di un intreccio bianco. Lascia sulla cute una caratteristica pigmentazione seppia ed è accompagnato da forte prurito.

Oltre a questa forma frequente, il lichen si può presentare sotto altri aspetti tra i quali sono da ricordare quello ottuso e quello verrucoso con sede alla cute delle gambe.

Terapia esterna. — Non esiste cura locale esterna che possa far scomparire il lichen. Ci dobbiamo il più spesso limitare a prescrivere qualcosa per il prurito che può essere talvolta addirittura doloroso. I soliti medicamenti antipruriginosi sotto forma di lozioni, di pomate, riescono però poco utili. Il miglior medicamento è forse la formula del Brocq del glicerolato ai tre acidi:

Pr. Acido fenico . . . . . gr. 1
Acido salicilico . . . . » 3
Acido tartarico . . . . » 4
Glicerolato di amido . » 100

Le applicazioni di medicamenti riduttori non hanno alcuna efficacia sulla papula del lichen. Il Darier consiglia la applicazione di un collodion all'olio di cade:

Pr. Collodion . . . . gr. 15
Alcool assol. . . . .
Etere . . . . ana » 4
Olio di cade . . . . . gr. 5
Olio di betulla . . . » 1

I raggi Roentgen direttamente sulla cute con lichen o sul midollo spinale possono riuscire utili. Così pure gli effluvi di alta frequenza riescono sedativi contro il prurito.

Terapia interna. — L'unico medicamento che può riuscire nella gran maggioranza di casi veramente efficace è l'arsenico somministrato per bocca o per iniezioni. Si prescriverà il liquore del Fowler o meglio l'arseniato di sodio:

Pr. Arseniato di sodio milligr. 1-5
Acqua distillana . . cc. uno
per una fiala.

Si può prescrivere anche l'arsenobenzolo.

Strofulo.

Ricordi clinici. — Malattia dei bambini, molto pruriginosa. Sulla cute del tronco e degli arti si formano delle piccole chiazze rotondeggianti orticarioidi, il centro delle quali prestissimo si fa più rilevato, duro a guisa di piccola punta. La parte orticarioide scompare in breve tempo e resta la papula pruriginosa, che dura qualche giorno. In questa fase per solito si presentano i bambini alla osservazione. Ricordare che lo strofulo compare nei bambini in occasione di disordini dietetici o per intolleranza verso qualche cibo.

Terapia esterna — La terapia esterna si limita a mitigare il prurito e ad impedire che i bambini, grattandosi, si producano delle piodermiti. Pertanto pulizia, bagni amidati e spugnature con alcool canforato o con soluzione idroalcoolica di acido salicilico:

Pr. Acido salicilico . . . gr. 0,50
Alcool etilico . . . . . . » 60
Acqua distillata . . . » 40

Quindi cospargere la cute con delle polveri:

Pr. Talco veneto
Ossido di zinco . . aa. gr. 50

o meglio con pasta all'acqua:

Pr. Ossido di zinco
Talco veneto
Glicerina . . . . . aa. gr. 25
Acqua distillata quanto basta
per fare pasta.

che è bene rinnovare appena si sia seccata. È meglio non aggiungere alle paste sostanze ad azione antipruriginosa, le quali se in un primo tempo dànno qualche sollievo a lungo finiscono per irritare la cute.

Terapia interna. — Purgare il bambino che ha lo strofulo e tenerlo per qualche giorno ad una dieta leggera, a base di brodi di legumi con un po' di riso ecc. Se lo strofulo ha tendenza a recidivare pensare che molto probabilmente si tratta di intolleranza verso sostanze che il bambino ingerisce (alimenti, dolciumi, medicinali ecc.). Rimossa la causa lo strofulo scompare.

Prof. Pier Angelo MEINERI
Direttore Ospedale S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Il regolamento del servizio farmaceutico.

È atteso dalle categorie sanitarie il Regolamento del testo unico delle leggi sanitarie, approvato sin dal 27 luglio 1934, con il R. D. n. 1265. Oggi viene pubblicato solo il regolamento che si riferisce al servizio farmaceutico ed è da ritenersi che presto saranno predisposti tutti gli altri, per il resto degli altri numerosi ed importantissimi servizi sanitari.

Approvato con Decreto 30 settembre 1938, n. 1706, e pubblicato recentemente sulla « Gazzetta Ufficiale », il nuovo regolamento ha speciale interesse per la categoria dei farmacisti.

Il regolamento ribadisce il principio introdotto nel Testo Unico, de « la farmacia ai farmacisti », in quanto le farmacie vengono assegnate, per concorso, ai soli farmacisti. Il principio tronca ogni possibilità di accaparramento capitalistico delle farmacie.

Per coloro che intendono partecipare al concorso per l'apertura di nuove farmacie, è fatto obbligo di presentare il certificato attestante l'appartenenza al Partito nazionale fascista.

Sono state semplificate, a vantaggio dei concorrenti, le pratiche per la partecipazione a più concorsi nell'ambito di una stessa provincia. Infatti, per l'art. 4, i candidati presentano tante domande quanti sono i concorsi, allegando però ad una sola i documenti e i titoli.

Il nuovo regolamento segna un ulteriore passo verso la collaborazione attiva dei Sindacati con l'amministrazione statale, in quanto è assicurata la partecipazione dei rappresentanti dell'organizzazione professionale ai più importanti provvedimenti inerenti al servizio farmaceutico.

L'art. 46 stabilisce che: « I produttori di medicinali e i grossisti non possono vendere i medicinali che alle farmacie regolarmente autorizzate all'esercizio, in base al Testo unico delle leggi sanitarie e al presente regolamento: essi non possono vendere neppure alle comunità, alle associazioni e agli enti assistenziali i medicinali da distribuire agli assistiti dagli enti stessi.

« La somministrazione dei medicinali ai poveri, sia da parte dei Comuni sia da parte di istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza che si provvedono in tutto o in parte, ai sensi dell'articolo 55 del Testo unico delle leggi sanitarie, è considerata vendita al pubblico e come tale interdetta alle farmacie interne, previste dall'art. 114 del predetto Testo unico ».

In tal modo, la posizione delle farmacie viene rafforzata dal divieto fatto agli enti assistenziali di distribuire direttamente i medicinali agli assistiti, sia pure per mezzo degli ambulatori clinici, e dall'altro divieto fatto alle farmacie interne delle opere pie ospedaliere e istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza di partecipare al servizio della distribuzione dei medicinali ai poveri, alla quale, per decisione del Ministero dell'Interno, debbono o dovrebbero partecipare tutte le farmacie locali « con gli sconti già fissati dalla tariffa ufficiale dei medicinali, in vendita al pubblico ».

L'art. 68 stabilisce che « le farmacie di cui all'art. 369 del Testo unico delle leggi sanitarie, quando non ne sia stato effettuato il trapasso, possono essere trasferite, una volta tanto, a farmacista iscritto nell'albo professionale, dagli eredi del titolare defunto, purchè il trasferimento abbia luogo entro il termine perentorio di due anni dalla morte del titolare ». Non occorre, in questo caso, alcuna formale autorizzazione da parte del prefetto. In altre parole, le così dette farmacie ventennali e trentennali restano « proprietà » degli eredi dei farmacisti, anche se tra essi non vi sia un figlio avviato agli studi farmaceutici; decisione improntata a senso di umanità e di giustizia.

MEDICINA SOCIALE

Il nuovo ordinamento delle Mutue di malattie per operai dell'industria e artigiani.

Tra la Confederazione fascista degli Industriali e quella dei Lavoratori dell'Industria è stato definito il contratto che disciplina il nuovo ordinamento delle mutue di malattia a favore degli operai occupati presso le aziende industriali artigiane e cooperative.

Tale contratto, che ha decorrenza dal 1° gennaio 1939-XVII e durata fino al 31 dicembre 1942-XXI, diventa cooperativo man mano che nelle singole provincie verranno stipulati gli accordi integrativi, da esso previsti agli effetti della sua entrata in vigore. La nuova disciplina contrattuale contiene innovazioni profonde e perfezionamenti notevoli rispetto a quella contemplata dal precedente statuto interconfederale del 6 marzo 1930, essendo state ampliate le singole assistenze e superati gli stessi principi informatori dell'assistenza mutualistica come fu realizzata fino ad oggi dalle associazioni sindacali nel settore dell'industria attraverso una feconda attività contrattuale di oltre un decennio. Le mutue disciplinate col nuovo contratto vengono ad inserirsi, con contorni più netti, con funzioni meglio definite e con respiro più largo, nel quadro complesso della politica sociale del Regime, che annovera tra i suoi scopi: la campagna demografica, la lotta contro la tubercolosi e la protezione contro tutte le malattie, lo sviluppo della coscienza igienica del lavoratore, la tutela dei valori umani della produzione e della razza.

CULTURA SUPERIORE

L'ordinamento universitario discusso all'Accademia dei Lincei.

La Reale Accademia dei Lincei in una seduta a classi riunite alla quale è intervenuto anche il Ministro dell'Educazione Bottai, socio dell'Accademia, ha discusso ampiamente il problema scientifico dell'ordinamento universitario. Il sen. Torre ha presentato sull'argomento un'ampia relazione nella quale venivano prospettati i problemi fondamentali riguardanti l'organizzazione della istruzione superiore. Sulla relazione Torre hanno preso la parola, prospettando speciali punti di vista o sollevando nuovi problemi, alcuni soci. La discussione, seguita da tutti i numerosi intervenuti col più vivo interesse, sarà continuata in altra seduta.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ADRIA (Rovigo). *Ospedale Civile.* — Assistente chirurgo; per titoli; età limite 35 a.; tassa concorsi L. 50; stip. L. 3499,20 lorde, vitto, stanza con obbligo assoluto di pernottarvi. Servizio entro 10 giorni. Chiedere annunzio alla Segreteria. Scadenza ore diciannove del 31 marzo.

FRAMURA. — (Vedere LA SPEZIA).

LA SPEZIA. *Regia Prefettura.* — È indetto il primo concorso, per titoli ed esami, per un posto di coadiutore presso la Sezione Medico Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi de La Spezia, con lo stipendio annuo di lire 12.500, aumentabile del decimo per sei trienni, oltre il supplemento di servizio attivo di L. 2500. Tali assegni, lordi delle ritenute di legge, sono soggetti alle riduzioni ed agli aumenti di legge. Gli obblighi, inerenti al servizio, sono stabiliti nel Regolamento del Laboratorio Provinciale. La domanda, in bollo, deve pervenire alla Prefettura de La Spezia non oltre le ore 18 del 15 aprile 1939-XVII, corredata dai documenti (in regola col bollo) di cui al R. D. 11 marzo 1935-XIII, n. 281. Il limite d'età è stabilito in 35 anni, salvo le eccezioni ed agevolazioni previste dalla legge. La Spezia, 30 dicembre 1938-XVII. *Il Prefetto*: MARIANO.

LA SPEZIA. *Regia Prefettura.* — È indetto pubblico concorso, per titoli ed esami, ai posti di medico condotto dei Comuni di La Spezia (9ª condotta) e Framura con lo stipendio iniziale di L. 8200 per il primo e di L. 7200 per il secondo, aumentabili per dieci bienni in ragione del ventesimo, ed al lordo di tutte le riduzioni e ritenute ed aumenti di legge. Al titolare della condotta di La Spezia computerà l'indennità caroviveri stabilita per gli altri impiegati comunali; mentre al titolare di Framura verranno corrisposte lorde L. 1000 per indennità di trasporto, e L. 387,20 per le mansioni di Ufficiale sanitario. Per l'ammissione al concorso gli aspiranti dovranno presentare domanda in carta bollata alla R. Prefettura di La Spezia non oltre le ore 18 del 15 aprile 1939-XVII, corredata dai documenti (in regola col bollo) di cui all'art. 4 del R. D. 11 marzo 1935-XIII, n. 281. Il limite di età è di 32 anni, salvo le eccezioni ed agevolazioni previste dalla legge. La Spezia, 30 dicembre 1938-XVII. — *Il Prefetto*: MARIANO.

POLA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare dell'Istria.* — Concorso per titoli ed esami, a Direttore unico delle tre Sezioni dispensariali di Pisino, Rovigno e Albona. Stipendio L. 12.000; tre quinquenni decimo; indennità vettura L. 6000. Tassa L. 50. Scad. 15 febbraio. Rivolgersi alla Segreteria.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato.* — Concorso ad 8 posti di allievo ispettore in prova fra medici chirurgi; età limite 30 anni. Scad. 1 marzo. Chiedere avviso-programma. Rivolgersi alla Direzione Gen. delle F. S. (Servizio Personale e Affari Generali - Concorsi) in Roma, piazza della Croce Rossa.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — Medico assistente nell'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò; titoli; L. 10.000 e 7 trienni di L. 900 e di L. 950, serv. att. L. 2500, c. v. Età limite anni 35 al 20 gennaio 1939. Scadenza ore dodici del 20 febbraio. Rivolgersi alla Segreteria, via Roma 41, Siena.

TRIESTE. *R. Prefettura.* — Assistente nella Sez. med.-micrograf. del Labor. d'igiene e profilassi; stip. L. 9000; 4 quadrienni di L. 1500 e L. 1400; supplem. serv. att. L. 2700-3000; c.-v. Età limite 32 a. al 23 dic. Tassa L. 50. Scad. 31 marzo.

VITERBO. *R. Prefettura.* — Presso il Laboratorio d'igiene e profilassi sono banditi i concorsi a direttore ed a coadiutore della Sez. med.-micrograf.; scadenza rispettiv. 15 marzo e 1 marzo; stipendi L. 11.700 e L. 7000; indenn. serv. att. L. 1000; dieci bienni ventesimo; percentuale. Rivolgersi alla III Divisione (Sanità).

Condotte mediche.

Sono aperti i concorsi per medici condotti a 2 posti nella prov. di Trieste e ad 8 posti nella prov. di Avellino. Scad. rispett. 31 marzo e 20 aprile (ore 12). Rivolgersi alle RR. Prefetture.

Concorsi a premi e Borse di studio.

Istituto lombardo di scienze e lettere.

Due premi della *Fondazione Cagnola*, con scad. 30 dic. 1939: uno di 2500 lire e medaglia d'oro, sul tema: « Iperglicemia e ipoglicemia in rapporto alla clinica »; l'altro, di 1500 lire e medaglia d'oro, assegnato ad una scoperta ben provata nella cura della pellagra; o sulla natura dei miasmi e contagi; o a vantaggio dell'aeronautica o dell'aviazione; o sul modo di riconoscere facilmente la contraffazione di uno scritto.

Premio di 3000 lire, scadente il 31 marzo, della *Fondazione Fossati*, per un lavoro su « Sviluppo, morfologia e istologia comparata della epifisi ».

Premio della *Fondazione Secco-Comneno*, scad. 30 dic. 1939 di 864 lire, per un lavoro su l' « Igiene della casa rurale ».

Per il biennio 1939-40 sono in concorso dieci borse di studio di 3000 lire ciascuna della *Fondazione Salvioni*, per altrettanti studenti del Canton Ticino inscritti in Istituti superiori del Regno d'Italia.

Premio « Jessen ».

Questo premio venne istituito in occasione del 70° compleanno del prof. Jessen ed ha lo scopo di premiare persone od enti che abbiano acquistato benemerenze nel campo dell'igiene orale. L'assegnazione è fatta ogni 5 anni, e più precisamente un anno prima dei Congressi internazionali di odontologia; il conferimento avviene durante la seduta inaugurale di questi Congressi. Il Comitato esecutivo ha stabilito, nella seduta del 1938, tenutasi a Parigi, che ciascun membro del Comitato stesso designerà al segretario la persona o l'ente giudicati meritevoli del premio per i contributi recati all'igiene orale del bambino. Presidente del Comitato esecutivo è A. E. Rowlett; segretario G. S. Loades, Gloucester place 98, London W. 1., Inghilterra.

Premio « Lustig »

Dalla R. Università di Firenze è indetto il concorso tra laureati in medicina e chirurgia da non oltre cinque anni, oriundi argentini o italiani, ad un premio « Alessandro Lustig », dell'importo di L. 5000, per un lavoro inedito di fisiopatologia o d'immunologia e batteriologia. Scadenza 1 ottobre 1939-XVII. Rivolgersi alla Segreteria, piazza S. Marco 2.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Su proposta di S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale, S. M. il Re Imperatore ha nominato il prof. Antonio Gasbarrini, direttore dell'Istituto di Clinica Medica e Terapia Medica della R. Università di Padova, Cavaliere dell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.

Ci rallegriamo vivamente con l'illustre clinico, nostro caro amico e collaboratore, per la ben meritata onorificenza.

Il prof. Giuseppe Falco, direttore dell'Istituto di medicina legale e delle assicurazioni nell'Università di Napoli, è stato incaricato dalla Facoltà di medicina e da quella di giurisprudenza della stessa Università, dell'insegnamento d'antropologia criminale.

Per disposizione del Ministero dell'Africa Italiana, il prof. Alberto Ciotola, direttore dell'Ospedale Principale di Tripoli, è nominato ispettore della Sanità Pubblica della Libia.

Il generale medico Sieur, vice-presidente dell'Accademia di medicina di Parigi, è passato presidente. Alla carica di vice-presidente è stato eletto il dott. Louis Martin, direttore dell'Istituto Pasteur.

NOTIZIE DIVERSE

3° Congresso internazionale dei sanatori e delle case di cura private.

Promosso dall'Unione Internazionale delle Federazioni di Sanatori e di Case di Salute Private, a cura dell'aderente Organizzazione nazionale tedesca, sarà tenuto dal 23 al 28 aprile prossimo, a Baden Baden, il III Congresso Internazionale di Categoria, in occasione del quale saranno trattati interessanti temi scientifici.

Da parte dei congressisti potrà essere svolta ogni comunicazione atta ad illustrare l'attività delle Case di cura private nelle singole Nazioni, le realizzazioni scientifiche in esse ottenute, ed ogni argomento in genere che possa interessare l'esercizio di tali Istituti.

A tale manifestazione internazionale vivamente si interessa la Federazione Nazionale Fascista degli Istituti di Cura Privati, presso la quale ha sede l'Unione Internazionale, e, pertanto, è da augurarsi che al Congresso in esame abbia a partecipare il maggior numero possibile di cittadini italiani, e soprattutto di titolari di Case di cura private.

La Direzione del Congresso (Kongressleitung der U. I. S. P.) è a Berlino W 15, Uhlandstrasse 171-172, e per l'Italia la Federazione degli Istituti di Cura Privati (corso Vittorio Emanuele 21, Roma) è incaricata di fornire in merito a tale Congresso ogni ulteriore delucidazione.

2° Congresso internazionale della Federazione latina della Società d'eugenica.

L'Unione delle Società rumene d'eugenica ha indetto questo congresso a Bucarest per la fine di settembre oppure, eventualmente, per il principio di ottobre. L'Unione sarà grata alle persone ed agli enti che vorranno comunicare alla segreteria generale, con qualche sollecitudine, la loro partecipazione. A tale scopo le Società d'eugenica dei Paesi latini federati sono pregate di costituire dei Comitati nazionali, così da organizzare tempestivamente la partecipazione, e di avvisarne la Segreteria generale. La data si è scelta in modo da non interferire con altre manifestazioni similari, e cioè i Congressi internaz. di neurologia (Copenaghen, agosto), di genetica (Edimburgo, 23-30 agosto), di sociologia (Bucarest, 29 agosto-14 sett.), d'antropologia (Istambul, 18-25 settembre). Il viaggio da Istambul alla Romania è reso facile e confortevole dalle corse settimanali delle navi del « Servizio marittimo rumeno ». I temi in discussione saranno: « Mezzi profilattici delle malattie ereditarie »; « Valore comparato dei diversi fattori d'incremento delle popolazioni »; « Eredità e sensibilità alle infezioni e alle intossicazioni »; « Eredità delle attitudini intellettuali »; « Compito delle mutazioni in eugenica »; « Eredità e endocrinologia ».

Chi desidera di annunziare delle comunicazioni, è pregato di farlo non oltre il 1° marzo; i dattiloscritti dovranno essere inviati non oltre il 1° giugno, per poter esser stampati e distribuiti prima dell'inaugurazione; non dovranno eccedere 10 pagine normali. Verranno organizzate delle escursioni. La tassa è di 500 lei a persona e dà diritto agli atti. Presidente: Dr. C. I. Parhon, Splaint Independentei 111, Bucuresti 6; segretario generale: Dr. G. K. Constantinesco, Istituto nazion. zootecnico, Str. Doctor Staicovici 63, Bucuresti 6.

Corsi di perfezionamento e complementari.

Tra i corsi organizzati quest'anno dalla Facoltà medica di Parigi sono i « Lavori pratici di medicina operatoria », sotto la direzione del prof. P. Duval; comprenderanno sette corsi: chirurgia d'urgenza; addome; testa e collo; torace, mammelle e organi genitali femm.; organi digerenti; arti; chirurgia d'urgenza (ripetizione del primo corso). Avranno inizio rispettivamente il 6 e il 20 marzo, il 10 e il 24 aprile; l'8 e il 22 maggio; il 5 giugno. Ogni corso consterà di 10 lezioni e importerà una tassa d'iscrizione di 300 franchi. Rivolgersi alla segreteria della Facoltà, rue de l'École de Médecine 16, Paris VIe.

D'accordo con l'Istituto per microscopia scientifica ed ottica applicata dell'Università di Jena, la Casa Carl Zeiss ha organizzato in Jena, dal 23 marzo al 1° aprile, un corso di microscopia, microfotografia, micromanipolazione, microscopia per luminescenza, colorimetria assoluta, interferometria e spettroanalisi, con particolare riguardo alle esigenze mediche e biologiche.

Informazioni possono aversi dalla « Meccanoptica » S. A. S., corso Italia 8, Milano.

Il 16 gennaio ha avuto luogo a Pistoia la lezione inaugurale del corso di Medicina Rurale organizzato dall'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini ».

Erano presenti le autorità. La Confederazione Fascista dei Lavoratori dell'Agricoltura era rappresentata dal prof. Aiello, direttore del Centro medico del Lavoro Agricolo a Roma.

Il prof. Cantieri, presidente dell'Accademia, ha illustrato i concetti e le basi di una medicina del rurale, ha esposto gli scopi del corso ed ha reso noto che a fine corso, ai primi di giugno p. v.,

verrà tenuto a Pistoia un convegno medico Regionale di Medicina Rurale.

Il prof. Leoncini, direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Firenze, ha tenuto la lezione inaugurale sul tema « Le assicurazioni sociali del lavoratore dei campi » facendo una relazione completa di quanto è stato fatto in regime assicurativo e quindi per gran parte fascista, per il lavoratore dei campi.

Il prof. Arturo Manna inizierà quanto prima un corso teorico-pratico di chirurgia plastica per laureati in medicina e chirurgia che abbiano una certa pratica chirurgica. Il numero degli iscritti sarà limitato. Per tutte le informazioni relative rivolgersi al prof. Manna in Roma, presso la R. Clinica Chirurgica, oppure via Nazionale 87.

Centro radio-medico di Roma.

Il « Centro Radio-Medico Internazionale » di Roma, sotto la Presidenza della Regina Imperatrice e la Direzione del prof. Guido Guida, ha chiuso il suo terzo anno di benefica attività.

In un'ampia e dettagliata relazione presentata al Consiglio Direttivo e ai Ministeri competenti, il direttore ha diffusamente illustrato i servizi svolti da tale istituzione durante il 1938 a beneficio della gente di mare in navigazione su navi italiane ed estere.

Durante il 1938 è stata data consulenza a 98 richieste radio-mediche da parte di navi in navigazione; 3 malati sono sbarcati e sono stati operati in seguito a consiglio medico.

Alla Direzione del C.I.R.M. sono pervenute 40 richieste dal Mediterraneo, 48 dagli oceani Atlantico e Indiano e le altre dal mare del Nord e dal mar Nero. Numerosi piroscafi inglesi, finlandesi brasiliani, romeni, greci, hanno richiesto assistenza al « Centro ». Con tali piroscafi le trasmissioni avvenivano nella loro lingua originale.

Se paragoniamo i servizi prestati dal « Centro » durante il 1930 con quelli delle altre nazioni che hanno servizi radio-medici simili, si vede come l'Italia occupi il primo posto. Infatti l'Inghilterra ha prestato 29 radio-assistenze, la Finlandia 14, l'Olanda 37, il Belgio 2, l'Irlanda 6, la Francia 30.

Per l'autarchia del medicamento.

La Ditta Carlo Erba di Milano ha inviato a tutti i medici italiani una circolare in cui è detto:

L'industria italiana del medicamento, che ha una nobile ormai secolare tradizione, è pur essa in linea nel grande quadro del rinnovamento produttivo italiano: in questi ultimi dieci anni, essa ha realizzato in ogni ramo dei progressi di ordine fondamentale. Può affermarsi che, nel campo dei medicamenti di sintesi, l'industria italiana è uscita di minorità: essa è in condizione, e già in gran de parte lo fa, di preparare la gamma completa di tali farmaci di valore terapeutico affermato, così come in quello dei preparati sieroterapici, organoterapici e biologici, degli alcaloidi e dei principi attivi, dei galenici titolati e controllati.

La S. A. Carlo Erba di Milano, nell'attuale momento in cui tutte le energie produttive della Nazione sono mobilitate al raggiungimento del massimo realizzabile dell'autarchia economica, bandisce un concorso fra i medici italiani per una monografia sul tema « L'autarchia nel campo del medicamento » con tre premi: il primo di lire 25.000, il secondo di lire 15.000, il terzo di lire 10.000.

Pur lasciando piena libertà ed iniziativa individuale circa le modalità di svolgimento del tema, occorre precisare i seguenti punti di orientamento pei concorrenti:

1) Le monografie dovranno illustrare proposte pratiche e costruttive intese a portare un effettivo contributo alla realizzazione del massimo di autarchia nel campo del medicamento italiano;

2) Dovranno in modo particolare illustrare i metodi ritenuti più efficaci per vincere la battaglia nel campo prettamente psicologico, per cui esiste, almeno in parte, uno stato d'animo favorevole a farmaci stranieri, anche di fronte al fatto provato o provabile che il medicamento italiano è pari per composizione e per effetto al corrispondente prodotto esotico.

La circolare precisa poi le modalità del concorso, che scade il 1° maggio 1939.

Per copie della circolare e per informazioni rivolgersi alla S. A. Carlo Erba, Sezione Concorso Autarchia, via Imbonati 24, Milano.

Azioni giudiziarie.

Ha fatto scalpore in Danimarca una notizia che, a prescindere dal puro e semplice fatto, riveste un non indifferente interesse scientifico. Una donna, avendo dato alla luce due gemelli, denunziò alla polizia il padre, che rifiutava di riconoscere la paternità attribuitagli.

La pratica sulla ricerca della paternità finì al tribunale giudiziario che, dopo esperite le prove del sangue, emise sentenza secondo la quale solo uno dei gemelli poteva essere figlio del padre in questione, mentre l'altro gemello era certo figlio di un altro genitore.

Il caso non comune è possibile, ammettendo che i due gemelli siano stati concepiti da due persone diverse a distanza di brevissimo tempo.

La I^a^ Sezione penale della nostra Corte di Cassazione ha annullato una sentenza del Pretore di Asti confermata in grado di appello, che aveva condannato alcuni individui ritenuti responsabili di contravvenzione alla legge sanitaria, per avere abusivamente esercitato la professione veterinaria, procedendo alla castrazione di suini a scopo industriale.

Un po' dovunque.

Il I° Congresso nazionale per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano è stato fissato per i giorni 22-23 aprile.

L'assemblea annuale dell'Associazione tedesca per la termo- e la climato-terapia si terrà a Vienna dal 23 al 26 marzo e tratterà i temi: Bioclimatologia d'alta montagna; Mezzi terapeutici naturali e artificiali. Rivolgersi alla: Reichszentrale f. d. deutsche Badewesen, Breslau 16, Germania.

La 26^a^ riunione della Società tedesca di ginecologia si terrà dal 18 al 21 ottobre in Berlino, sotto la presidenza del prof. H. Fuchs di Danzica; segretario: prof. Naujocks, Kerpenstr. 32, Köln-Lindenthal.

La Regina Elisabetta del Belgio ha concesso il suo Alto Patronato alle prossime Giornate Mediche di Bruxelles.

La Società francese di dermatologia festeggerà il 22 giugno il suo cinquantesimo anno di fondazione.

La Società medico-chirurgica bresciana si è adunata il 15 novembre e il 13 gennaio, sotto la presidenza del prof. Pignatti, assistito dal segretario dott. R. Sassi. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Pierantoni, Paltrinieri, C. Rossetti; Silvano, Paltrinieri, Radaeli.

Nell'Aula Magna della R. Università di Milano si è svolto il 17 gennaio un Congresso di studi sulla razza indetto dal G.U.F. di Milano. Erano rappresentate le maggiori gerarchie cittadine. Vi erano, inoltre, autorità militari, personalità del mondo culturale e della magistratura. Avevano inviato telegrammi di adesione il Conte di Torino ed il Duca di Bergamo. Il Preside della Facoltà di legge ha porto il saluto dell'Ateneo milanese ai convenuti. Relatore generale è stato il prof. Sertoli-Sàlis.

Il sen. prof. Pende è stato incaricato dal Ministero della Marina d'illustrare la politica fascista della razza agli ufficiali ed allievi delle accademie navali di Spezia, Livorno e Taranto rispettivamente nei giorni 19 gennaio, 22 marzo e 12 aprile.

Alla presenza dei Principi Reali si è inaugurata a Napoli la Maternità degli Incurabili, la cui capacità è stata portata da 30 a 129 letti e che è stata aggiornata ed abbellita. Consta di molti ambienti; le camere per le degenti raggiungono il numero di 21. È diretta dall'insigne prof. Calvanico.

A Finale Ligure i dirigenti, gli impiegati e le maestranze dei Cantieri aeronautici della Società Anonima Piaggio per onorare la memoria del compianto senatore hanno offerto all'ospedale Ruffino San Giagio un completo e modernissimo gabinetto radiologico.
L'ing. Casiraghi, presidente del Comitato per le onoranze, ha consegnato ufficialmente agli amministratori dell'ospedale il dono cospicuo.

Durante la Giornata della Madre e del fanciullo è stato inaugurato a Napoli, nei locali della Mostra per i lavoratori agricoli « Luigi Razza », un Centro d'assistenza, tutela e igiene della maternità rurale, istituito da quella Mutua per i lavoratori agricoli.

Il Duce ha visitato a Vecchiazzano di Forlì il Sanatorio « IX Maggio », uno dei più grandi e meglio attrezzati dell'I. N. F. P. S.

Il Duce ha visitato a Forlì l'Ospedale « Morgagni »; venne ricevuto dal prof. Solieri e dagli altri sanitari.

Il Governatore di Addis Abeba ha disposto che uno dei principali ambulatori pubblici della città dedichi particolari cure alle donne indigene gestanti, o affette da malattie che possano impedire o disturbare la maternità. Le cure sono accolte con viva soddisfazione dalle indigene.

Si è stipulato un accordo tra il Comando generale della G. I. L. e l'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale; esso contempla tutte le forme di assistenza sanitaria. Consta di 8 articoli. È pubblicato nel Foglio di disposizioni del Segretario del P. N. F., n. 1206.

Una missione medica ufficiale si è recata nel Marocco, per studiarvi le risorse terapeutiche indigene. È stata composta dei proff. Achard, Bezançon, Carnot, Leclainche, Laignel-Lavastine, Puech, Villaret, Heitz-Boyer, Lardennois, del dott. G. Duhamel (l'accademico) e del prof. I. Gunzburg (belga). La missione ha anche visitato varie istituzioni mediche e igieniche, a Rabat, Casablanca, ecc. Ha inaugurato il nuovo ospedale di Marrakech, l'antica capitale del Marocco, città sacra.

Il prof. Gherardo Forni, clinico chirurgo di Bologna, è stato chiamato alla condirezione della « Rassegna internazionale di Clinica e Terapia », al posto del compianto prof. Taddei.

A quanto riferisce il « Messaggero » del 20 gennaio, nel sanatorio francese della Musse, dipartimento dell'Eure, a una decina di chilometri da Parigi, i ricoverati hanno attuato lo « sciopero della cura », rifiutando di farsi curare onde forzare a provvedere una migliore vittitazione e il riscaldamento.

Un comitato di signore, di medici e d'igienisti ha iniziato in Inghilterra una campagna contro la deplorevole abitudine dei « cocktails », in specie da parte delle giovani.

Come abbiamo già rilevato, si è provveduto in Germania a dare incremento alla produzione di medici, riducendo la durata degli studi da 12 semestri a 10. Una migliore organizzazione degli studi permetterà di compensarne la minore durata.

Gli amici ed allievi del prof. Pierre Nobécourt hanno deciso di offrire al reputato pediatra, in occasione del suo 20° anno di professorato, una medaglia in attestato di affetto e di rispettosa cordialità. Ogni sottoscrizione di 100 franchi dà diritto ad una riproduzione della medaglia. Le sottoscrizioni vanno dirette al sig. Georges Masson, boulev. St.-Germain 120, Paris 6e.

Un medico e una levatrice della provincia di Bologna sono stati condannati a due anni di reclusione ciascuno e alla interdizione della professione durante il periodo della pena, per delitto contro la maternità; la donna in cui era stato procurato l'aborto criminoso è stata condannata, col beneficio della causa d'onore, ad un anno, concedendole la condizionale.

Il 14 dicembre 1938 spegnevasi in Venezia all'età di anni 69 il Dr. Adelchi Zambler. Dopo aver iniziato la sua carriera in Istituti Ospedalieri ed Universitari di chirurgia, fu costretto dalle vicende della vita ad entrare in condotta. Capitò in paese eminentemente industriale (Piazzola sul Brenta - Padova), ove ebbe modo di iniziarsi, a contatto con migliaia di operai, a quella Infortunistica, di cui divenne poi cultore specializzato ed apprezzato: presso il Patronato prima, presso l'Infail poi dal 1929. Su tale materia infatti verte la sua notevole produzione scientifica: tra cui sono da ricordarsi in modo speciale quattro manuali e una monografia da lui studiata e svolta presso l'Istituto Psichiatrico di Ferrara, nella quale può dirsi esaurisca il tema della camptocormia.

L. Telatin.

È morta a 59 anni la duchessa Carla Visconti di Modrone, consorte del duca Giuseppe di Grazzano Visconti di Modrone, nipote dell'industriale Carlo Erba. Di attività benefica, presiedette a Milano « Fanciullezza abbandonata » e l'asilo di maternità « Regina Elena ».

L. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Dermosifilografo, sett. — MARIANI. L'acetilcolina nella alopecia areata.

Paris Méd., 1 ott. — Neurologia.

Rev. Neurol., sett. — A. Souques, Descartes e l'anatomo-patologia del sist. nerv.

Journ. A. M. A., 17 sett. — H. H. MERRITT e T. J. PUTNAM. Trattam. delle forme convulsive. — R. L. HOLCOMB. Alcool e incidenti stradali. — R. F. FARGUHARSON e H. H. HYLAND. Anoressia nervosa.

Practitioner, ott. — Progressi nella diagn. e LI. Malattie famigliari: retinite pigmentosa e

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 18 sett. — A. FERRATA. Terapia di alcune emopatie.

Arch. di Pat. e Cl. Med., ott. — T. POSTELI. Pressione art. nelle bradicardie da dissociaz. atrio-ventric. — G. BOCCHINI e L. GUZZI. Riassorbim. dei versam. sierosi.

Presse Méd., 8 ott. — L. LANGERON e R. DE,ONCK. Reni e ipertensione arter. — L. VIGNATI e al. Trattam. aurico dell'asma bronch.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm., lug.-ag. — G. VERCELLI. Malattie famigliari: relinite pigmentosa e mioclonoepilessia. — DI GUGLIELMO e CHIASSERINI. Sindromi sellari e parasellari.

Arch. It. di Anat. Pat., ecc., ott. — G. MULAZZI e E. PARABONI. Fegato nell'arteriosclerosi. — G. DE GAETANI. Diverticoli acquisiti del colon.

Wien. Klin. Woch., 7 ott. — FLECKSENDER. Malattie ipofisarie. — FLEISCHENDERL. Coroidite. — MÖSCHL. Eredità e personalità.

Deut. Med. Woch., 7 ott. — Urologia.

Rif. Med., 17 sett. — E. TRIMARCHI. Lobelina per la misura della velocità circolatoria.

Münch. Med. Woch., 7 ott. — W. SCHULTZ. Sepsi puerp. — H. SCHLACK. Pertosse negli adulti. — W. HARING. Tumori gastrici benigni nell'anemia.

Med. Klinik, 7 ott. — W. BREIPOHL. Sterilità tubaria da spasmo. — Inchiesta: Trattam. della diatesi emorragica con vitamina C.

Gaz. d. Hôp., 8 ott. — G. VAJA. Trattam. delle asfissie.

Journ. A. M. A., 24 sett. — R. S. MATTHEWS. Pellagra e acido nicotinico. — H. S. DIEHL e al. Vaccini contro il raffreddore.

Haematol., Ant., VIII. — A. BERTOLA e A. RAVETTA. Il midollo osseo in malattie dell'app. respir. — V. VIDARI. Mielosi eritremiche congenite. — E. VECCHI. Parotite epidemica.

Speriment., ag. — G. TEGANELLO. Urina d'individui affetti da tumori mal. — L. SEVERI. Intossicaz. proteica cronica.

Riv. San. Sic., 1 ott. — G. MELODIA. Filtrabilità del bacillo di Eberth.

Wien. Klin. Woch., 14 ott. — FRIEDRICH. Gli ormoni in chirurgia. — RISAK. Medicina interna e sport.

Brit. Med. Journ., 15 ott. — H. BUTTE e H. J. PARIST. Trattam. speriment. della tbc. con sulfonilamide. — W. LANGDON-BROWN. Organoterapia.

Lancet, 15 ott. — R. V. CHRISTIE. Ossigenoterapia.

Paris Méd., 15 ott. — Reni e vie ur.

Klin. Woch., 15 ott. — D. SCHNEIDER e P. W. SPRINGORUM. Azione degli ipertensivi sulla funzione renale. — H. W. KNIPPING. L'ergografia in clinica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 25 sett. — I. MINGAZZINI. Trasfus. del sangue conservato in chir.

Med. Klinik, 14 ott. — Referendum sulla lotta contro gli stati settici in ginecologia mediante il prontosil. — W. KNOLL e H. GÖTZE. Pneumot. spont. nello sport.

Journ. A. M. A., 1 ott. — R. R. KRACKE. Stati neutropenici da medicinali. — J. B MCNAUGHT. Prova di Gordon nel m. di Hodgkin.

Amer. Journ. Med. Sc., ott. — D. GOLDMAN. Il mafarsen nel trattam. della malaria. — H. F. FLIPPIN e D. S. PEPPER. Trattam. della polmonite. — M. F. MARK e H. O. MOSENTHEL. Funzione renale e uremia nell'amiloidosi renale.

Giorn. di Cl. Med., 10 ott. — G. BATTISTINI e P. CAVAZZINI. Rapporti fra glicemie e cloremie. — J. MILLER. Stato allergico nei tubercolotici adulti.

Rif. Med., 1 ott. — G. SALVO. Conquiste e mete della moderna anatomia. — A. GAMBIGLIANI ZOCCOLI e V. LO BARDO. Vitamina C.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 6 Febbraio 1939 - XVII Num. 6

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto di Clinica Medica Generale e di Terapia Medica
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. C. FRUGONI.

L'ittero catarrale quale epatite allergica.

L'infiammazione allergica del fegato e delle vie biliari. Studio eziopatogenetico.

Prof. FERDINANDO CORELLI, assistente

(*Continuazione e fine; v. n. 2*)

Disturbi idrici nell'ittero catarrale.

Parlando dell'ittero catarrale quale affezione allergica, un altro dato, che può essere sotto questo punto di vista discusso, è quello dei disturbi idrici che si osservano nell'ittero stesso. È noto che all'inizio e durante la progressione dell'ittero catarrale, si ha una ritenzione idrica tissulare, cui corrisponde l'oliguria della prima fase, con ritenzione di cloruri, con iposerinemia e rapporto albumine-globuline in favore delle albumine.

Anche le prove idriche durante l'ittero catarrale possono essere alterate, come pure Pozzi, Malamud, Agnoli, ecc., hanno visto e sotto l'azione dell'istamina venire ulteriormente modificate.

Questa ritenzione idrica, talora più, talora meno evidente, decorre parallela alla lesione del parenchima epatico; all'inizio della guarigione si può avere una poliuria, che talora insorge in modo critico anche con una crisi di cloruri come avviene nella polmonite.

Con la nota importanza del fegato nella regolazione idrica (Pich e Molitor, ecc.) e così con questa tendenza alla *ritenzione idrica tissulare, oltre che epatica* (edema essudativo del fegato, ecc.) si può mettere in rapporto una certa ispissatio sanguinis notata da Eppinger nell'infiammazione sierosa, con aumento nella fase iniziale del numero dei globuli rossi, anche da noi talora osservato, nell'ittero catarrale e gli edemi che talvolta possono comparire nell'ittero catarrale stesso. Così pure potrebbero in parte essere interpretate le cosidette forme idropiche ascitiche, anasarcatiche

dell'ittero catarrale stesso, forme che possono raggiungere il massimo grado nell'atrofia giallo acuta, abitualmente accompagnate da ascite che non è da ipertensione portale.

Caroli, Cachera e Deparis hanno recentemente descritto due casi nei quali durante l'ittero in breve insorse anasarca che pure in poco tempo si ridusse. Nel caso di Bottaliga a quadro di atrofia giallo subacuta, c'era ascite e si arrivò ugualmente a guarigione.

Importanti a questo riguardo sono le ricerche di Jolliffe, di Veils, di Paul e di altri. Si sa che vi sono stretti rapporti fra modificazioni idriche e taluni fenomeni allergici; durante lo choc o durante l'orticaria per esempio si può avere sensazione di sete e una *ritenzione di acqua*, e dopo accessi di emicrania, di asma, dopo estese poussée di orticaria, dopo talune coliche renali, dopo accessi epilettici, ecc., spesso si ha una crisi poliurica.

Oltre che nello choc allergico, anche nello choc *istaminico* si osserva una ritenzione di acqua.

È nota d'altra parte la stretta parentela che passa fra choc istaminico e quello allergico, e fra orticaria factitia per esempio e ponfo istaminico. È noto poi che durante lo choc istaminico si ha una raccolta di liquido nel fegato (il cui contenuto di riserva può raggiungere 6-700 cc.) con aumento del suo volume (per contrattura degli anelli di Arey e Simmonds?).

Orbene è da chiedersi se anche questi dati riguardanti la ritenzione idrica in alcune forme allergiche e quelli che si osservano nell'ittero catarrale non possano a lor volta appoggiare la nostra ipotesi che fa di questo ittero catarrale una manifestazione talora a patogenesi allergica.

Vari allergeni nell'epatite.

LORO NATURA E PROVE DIAGNOSTICHE.

Se si ammette la patogenesi allergica di alcune forme di ittero catarrale, ci si deve anche chiedere: 1) quale può essere l'antigene?; 2) in che modo si arriva alla sensibilizzazione?; 3) abbiamo la conferma con le varie prove: cuti, intradermoreazioni, trasporto passivo, ecc.?

1) Benchè sia un tema molto difficile, ora impostato, in cui ci si deve quindi muovere con estrema prudenza, da quanto sopra abbiamo esposto, l'antigene potrebbe essere costituito dai vari fattori nei vari capitoli separatamente considerati, primo fra i quali quelli *alimentari*, e qui si potrebbero elencare i vari alimenti e le varie sostanze note, inutili ora ad enumerarsi.

Sapendo l'importanza che il fegato ha nella disintegrazione delle varie sostanze che vi arrivano dall'intestino, si può ammettere, con Fornet, che favorite talora anche da precedenti disturbi del tratto digerente, da strapazzi alimentari, *da alcool*, ecc., da cause che comunque producano alterazioni della parete intestinale e modificazioni nel suo potere di assorbimento, tali sostanze alimentari non completamente degradate, arrivando al fegato possano sensibilizzarlo. Successivamente per nuove introduzioni delle stesse sostanze o per fattori aspecifici potrebbe insorgere l'*anafilassi d'organo*, l'*epatite allergica*. Questa, come si è detto, potrebbe andare dai quadri leggeri, sfumati, transitori per lo più inavvertiti con subittero, fino a quelli di epatite, di atrofia giallo acuta e forse anche a quelli a decorso lento subacuto evolventi alla fase cronica, cirrotica, dell'organo.

Con alterazioni della mucosa gastrica in vario modo prodotte, con alcool, con raggi X, con bile, ecc., Hajos ed altri successivamente, hanno ottenuto una anafilassi alimentare; ora nulla a priori vieta di ammettere che questa, come può dare manifestazioni in vari organi anche lontani, possa tanto più localizzarsi prevalentemente nel fegato e dare in esso i fenomeni caratteristici della « infiammazione allergica ».

È noto d'altra parte che una certa quantità di proteine anche inalterate possono entrare dal tratto digerente in circolo. Ciò può avvenire talvolta pure in *persone sane, quasi come un fenomeno fisiologico* secondo le ricerche di Hiki-Joshignki, di Walzer, ecc.

Gudzeit ha somministrato con sonda gastrica a soggetti sani e a soggetti con gastroenterite, 50 cc. di un estratto di pesce; nei sani la zona cutanea preparata con siero di animale sensibilizzato con quell'antigene, non mostrò reazione alcuna, mentre nei gastroenteritici si ebbe nella stessa zona un largo eritema ed anche una reazione papulosa. Ma anche nei soggetti sani tuttavia si potè osservare una reazione locale, somministrando una dose molto elevata, 4 volte superiore, di allergene, indicando con ciò che dell'*antigene può passare in circolo anche nei sani.* In tal modo pertanto potrebbe essere spiegata la possibile sensibilizzazione del fegato primo organo a cui, attraverso la vena porta, i prodotti della digestione arrivano.

È nota poi la grande importanza che il fegato ha nel fenomeno allergico generale, come lo mostrano i lavori di Manwaring e scuola (lo choc manca in animali senza fegato) di Pick e Hashimoto, Paul Vegh, Roth, Fiscler, Denecke, Kämmerer, Richard Weil, Villaret e Joustin Bezançons, ecc.

Il fegato, come si è detto aumenta anche di volume nello choc allergico e così nello choc istaminico, mentre il suo contenuto in glicogeno diminuisce; anche per questo infatti, negli stati allergici è utile la terapia con glucosio insulina (Kämmerer).

In via sperimentale inoltre si è ottenuto, come per altri organi, la reazione iperergica epatica, l'anafilassi d'organo, con la scatenante nella vena porta: Roth e Szauther, Migounov, Alessio, Choi, Cornil e Mosinger, Vague e Bosch, ecc.

Non è mai però riuscita la riproduzione dell'ittero.

Recentemente Masugi e Sango Todo hanno ugualmente ottenuto con la epatotossina lesioni epatiche iperergiche, analogamente a quanto Masugi stesso aveva ottenuto nel rene con la nefrotossina della quale abbiamo altrove ampiamente discusso.

Dal lato sperimentale sono da ricordare infine le ricerche di Brocard il quale agendo sul simpatico del fegato avrebbe riprodotto un'epatite uguale a quella iperergica con edema, stasi vascolare, alterazione dell'endotelio ed iperplasia delle cellule reticolate. Tale A. pensa che alcuni allergeni, anche in piccolissima dose, agendo sul simpatico, possano dare nell'uomo tali epatiti.

Nei casi di ittero catarrale da allergia alimentare non è facile dire quale possa essere in ogni caso l'antigene e la natura di esso, non si può dire per esempio se sia l'alimento, la proteina in sè oppure uno dei suoi numerosi prodotti di disintegrazione od anche sostanze non proteiche.

Qui si prospettano tutti i quesiti che si hanno nel campo generale dell'allergia alimentare, come nel campo dell'allergia da medicamenti, da droghe, ecc.: antigeni completi, incompleti, apteni di Landsteiner, ecc.

Questo spiegherebbe anche la scarsità delle cutireazioni positive che di solito si hanno nell'allergia alimentare stessa. Nei nostri casi di orticaria ed ittero che con grande probabilità si dovevano ad allergia alimentare, (insorgenza dopo certi pasti, disturbi intestinali contemporanei nel soggetto ed in altri commensali) furono fatte le cutireazioni con le serie di antigeni alimentari con esito negativo. Ciò non esclude l'allergia alimentare stessa, come è noto, perchè può darsi che l'antigene non sia l'elemento stesso ma uno dei suoi numerosi sottoprodotti e perchè talvolta, benchè raramente, la reattività cutanea può non corrispondere alla reattività di un organo profondo. Su questo punto però occorrono ulteriori più estese ricerche. Il reperto di cuti o intradermoreazioni positive, con dimostrazione del trasporto passivo, di precipitine e di eventuali peggioramenti della forma sotto l'azione dell'allergene, avranno valore decisivo nella discussione della patogenesi allergica. Ciò è quanto in successive ricerche noi ci proponiamo di fare.

Oltre ai fattori alimentari vi sono poi i *fattori fisici e psichici* già considerati. Come si è detto, questi talvolta potrebbero agire sia direttamente, quanto in via *aspecifica* quali fattori scatenanti *in soggetti* in stato di sensibilizzazione, *fattori di parallergia*. Per i fattori psichici non è facile dare una prova sicura, benchè, come si è detto, alcuni casi di ittero anche recidivante siano in rapporto stretto solo con una forte emozione ed esistano d'altra parte le orticarie anche recidivanti sicuramente di origine emotiva. Rimandiamo per ulteriori particolari a quanto abbiamo detto prima su questo argomento, nel quale bisogna procedere con grandissime riserve.

Per i fattori fisici oltre alla classica orticaria da freddo, alla quale così spesso ci rivolgiamo, noi pensiamo sia da tener conto anche di tutto quel gruppo di affezioni « a frigore » (nefrite, pleurite, ecc.) nelle quali, come già abbiamo detto altrove, noi pensiamo che il fattore raffreddamento sia da tenere in grande considerazione. Sono in complesso dei problemi difficili che forse con i concetti qui discussi, si possono oggi vedere sotto luci diverse da quelle di un tempo.

Per gli itteri da tonsillite o post-tonsillari abbiamo già detto. Vi sono poi gli itteri da medicamenti, anch'essi già ricordati, dall'atofan, all'arsenobenzolo, oro, ecc., alcuni di osservazione recente da sulfanilamide, ecc. Anche qui la patogenesi allergica benchè tuttora molto contrastata, essendovi l'ipotesi del biotropismo e l'ipotesi tossica, sembra la più probabile, almeno in un certo numero di casi e noi abbiamo già sostenuto altrove fin dal 1934 tale patogenesi per vari incidenti della chemioterapia, per le agranulocitosi da piramidone e per le emopatie da arsenobenzolo, agranulocitosi compresa.

Nei riguardi di queste *emopatie da terapia* infatti (chemioterapia, ecc.) noi abbiamo pen-

sato che talora si possa trattare di una sensibilizzazione del midollo osseo, (del tessuto midollare nelle varie sue sezioni). Precisamente per sensibilizzazione della serie bianca granulocitica (tessuto mieloide ad evoluzione granulocitica) e successivo choc a carico di essa, insorgerebbe l'agranulocitosi, per sensibilizzazione della serie megacariocitica piastrinopoietica, le sindromi emogeniche tipo Werlhof, per sensibilizzazione della serie rossa, l'anemia, o meglio certi tipi di anemia che può essere anche associata alle forme precedenti avendosi cioè le corrispondenti forme semplici od associate (mielosi parziali o globali per plurisensibilizzazione midollare).

Anche per quanto riguarda gli itteri da terapia si può ammettere che in seguito alle precedenti somministrazioni degli stessi medicamenti vada gradatamente costituendosi uno stato di sensibilizzazione epatica, come di altri organi, che successivamente può all'improvviso essere scatenata da una ulteriore somministrazione. Numerose prove già fatte separatamente nelle eritrodermie da salvarsan con intradermoreazioni positive, possono confermare tali concetti e permettere la loro estensione anche alla patologia epatica, come dai vari AA. citati è già stato fatto. Landsteiner coi suoi collaboratori per es. in varie ricerche anche recenti ha dimostrato la possibilità di produrre sensibilizzazione con vari prodotti chimici semplici.

Vi sono infine gli *itteri della sieroterapia* molto importanti nei riguardi dell'ipotesi allergica qui discussa; essi rientrano nel vasto campo della *malattia da siero* che con le varie sue manifestazioni cutanee e viscerali si considera come una manifestazione allergica.

Non occorre qui dilungarci a discutere la nota possibilità di insorgenza dopo precedenti iniezioni o dopo la prima iniezione di siero.

Vi sono poi gli *itteri della trasfusione* piuttosto rari, ma pure bene osservati (a parte casi di errore di gruppo); questi possono rientrare come anche noi crediamo, al pari per es. della orticaria da trasfusione, di osservazione più frequente, nelle manifestazioni da ipersensibilità al sangue.

Con la trasfussione di sangue conservato con un nostro metodo personale, con iposolfito che è un desensibilizzante e praticando sistematicamente prima di ogni trasfusione un metodo semplice profilattico (efetonina e simpatol) noi riduciamo ora ad un minimo queste reazioni da trasfusione, abolendo molto spesso anche le semplici ma egualmente sgradite reazioni febbrili.

Sarebbero infine da ricordare gli *itteri della gravidanza*, per i quali vi sono tuttora varie ipotesi. C'è chi li considera (Eppinger, ecc.) come itteri catarrali in gravidanza, (benchè vi siano dei casi che si ripetono ad ogni gravidanza successiva) e chi li attribuisce alla cosidetta tossicosi gravidica.

Senza voler generalizzare oggi si sa (Kämmerer, ecc.) che alcuni dei fenomeni della cosidetta tossicosi gravidica possono avere dei rapporti, delle somiglianze più o meno evidenti con le manifestazioni allergiche; ricordiamo fra le altre, l'asma bronchiale della gravidanza che si può ripetere ad ogni gravidanza e guarisce col parto.

Si sa (Freund, Urbach, Kämmerer, ecc.) che nei continui scambi che avvengono fra madre e feto passano sostanze che hanno carattere di antigene (l'albumina placentare infatti è eterogenea per la madre). Nella gravidanza normale si verrebbe ad una lenta progressiva saturazione (Naegeli) fra questi antigeni anticorpi. Specialmente all'inizio e verso la fine della gravidanza possono talvolta insorgere delle alterazioni in tali processi con successive manifestazioni specie nell'organismo materno. In tal modo potrebbero talvolta insorgere le dermatosi, l'orticaria, il prurito, i vomiti, ecc., fino all'eclampsia le cui lesioni renali ed epatiche hanno, come si sa, molte somiglianze con quelle osservate nell'allergia.

Non ci dilungheremo su questo tema e così pure accenneremo rapidamente agli *itteri che insorgono nelle malattie infettive* nei quali talvolta oltre al ben noto fattore infettivo diretto, si potrà tener conto in qualche caso della componente allergica (allergia batterica). Fra questi itteri da ricordare particolarmente è quello della polmonite, ittero talora completo come in nostre osservazioni e dovuto probabilmente allora anch'esso ad epatite (Lephene, Micheli, Dominici, ecc.) che insorge durante la polmonite.

In questa stessa malattia del resto, la polmonite, si discute specie nella prima fase, un fenomeno iperergico (Lauche, Bisceglie, Renaud, ecc.). Così dicasi per gli itteri della tubercolosi (itteri catarrali in tubercolosi o manifestazioni iperergiche epatiche da tubercolosi?).

Epatite allergica diffusa ed epatite a focolaio - Epatocolangite e coledocite allergica.

Se vogliamo trarre una conclusione da quanto abbiamo a mano a mano finora svolto, si potrebbe pensare che i vari fattori considerati

dal lato eziologico, fattori alimentari, fattori fisici, fattori psichici, medicamenti ed anche talora fattori infettivi, ecc., agendo per lo più in via allergica, in determinati terreni, *come possono dare* manifestazioni anche isolate a carico di altri organi od apparati, per esempio *a carico dell'apparato digerente*, con nausea, vomiti, diarrea mucosa, dolori coliche addominali, ecc.; *a carico della pelle*: con orticaria, prurito, eruzioni varie, eczemi, edemi flussionari, edemi tipo Quincke, ecc.; *a carico dell'apparato muscoloarticolare* con mialgie, miositi, artralgie, artriti, sinoviti, idrope intermittente, ecc.; a carico di altri apparati: urinario, nervoso, ecc. ecc., *con febbre* anch'essa forse di natura allergica, *così* possono dare *anche a carico del fegato*, per lo stesso fenomeno allergico ivi localizzato, l'infiammazione allergica, *l'epatite allergica*.

Tale *epatite, edema essudativo del fegato*, orticaria del fegato, potrebbe essere responsabile con le varie sue successioni, delle alterazioni della cellula epatica dalle più lievi alle più gravi e dell'aumento di volume e della dolorabilità dell'organo, ecc.

Quando la compartecipazione del fegato sia totale si avrebbe l'*epatite allergica diffusa*, in tal caso la lesione epatica si evidenzierebbe a noi anche con l'ittero che ha valore di sintomo e come tale forse non sempre è obbligatorio, ma si potrebbe cioè avere come già si è prospettato, anche una *epatite allergica sine ittero*, a seconda della prevalente localizzazione dell'essudazione nel tessuto epatico.

È ben noto che se in alcuni casi, l'ittero compare subito dopo la causa che lo sostiene, talora esso compare dopo qualche tempo, anche dopo alcuni giorni. Questa tardiva comparsa dell'ittero, può non significare sempre una comparsa tardiva dell'epatite. L'epatite in qualche caso potrebbe esistere già dall'inizio, noi meglio la possiamo rilevare quando, progredendo ed evolvendo l'infiammazione, compare anche il suo sintomo, l'ittero.

Abbiamo ora parlato di epatite diffusa, orbene per analogia con quanto si osserva nel campo renale, come si ammette, la forma diffusa, in via teorica almeno si potrebbe ammettere anche un'*epatite a focolaio*, ammessa anche da Hetényi. Questa potrebbe avere come la glomerulonefrite a focolaio, una eziologia e patogenesi diversa da quella della forma diffusa, essere cioè riportata ad una patogenesi tossico batterica diretta. L'ittero nei riguardi del fegato potrebbe fino ad un certo punto e mutatis mutandis, corrispondere all'albuminuria nei riguardi della glomerulonefrite, albuminuria che si può avere tanto nella nefrite diffusa che a focolaio e che quindi di per sè stessa non dice nulla di preciso se non un risentimento renale che può essere analogamente a quello epatico, da molteplici fattori sostenuto. Questo tipo di epatite a focolaio potrebbe spiegare certi itteri che compaiono durante alcune forme infettive e che male si conciliano con la patogenesi allergica.

Analizziamo ora alcune eventualità di decorso e di evoluzione (guarigione e cronicizzazione) della infiammazione allergica epatica.

Se l'epatite allergica diffusa, considerata come espressione dell'ittero catarrale, regredisce completamente, come è abituale, e le condizioni anatomiche ritornano alla norma, si ha la guarigione. Ma la stessa epatite potrebbe anche assumere od avere già dall'inizio un decorso acuto, grave ed andare cioè all'atrofia giallo acuta, che si potrebbe in tali particolari casi considerare il grado massimo di lesione allergica epatica (atrofia a cui si può naturalmente arrivare anche attraverso vari altri processi morbosi).

Se poi l'epatite non regredisce completamente od assume, come è possibile, una evoluzione progressiva, lenta, potrebbe anche dare origine a lesioni (sclerosi) croniche e, secondo l'ipotesi di Rössle ed Eppinger per l'infiammazione sierosa, ipotesi che noi appoggiamo nel senso di infiammazione allergica, eventualmente anche alla cirrosi epatica. Ciò potrebbe essere specie per l'epatite sine ittero.

Verrebbero così spiegati quei casi in cui tali lesioni, epatiti subacute, croniche, cirrosi, fanno anche clinicamente seguito ad un ittero di tipo catarrale, cioè ad una epatite acuta, e si potrebbero ugualmente spiegare quei casi, in cui alla lesione epatitica ancora senza ascite, (fase preascitica epatomegalica), o con leggera ascite, si possono associare poussée di ittero. Queste poussée di ittero si possono meglio considerare poussée acute, riacutizzazioni epatiche, piuttosto che pensare a due processi diversi, una epatite acuta sovrapposta ad una cirrosi, Sul concetto della origine epatogena di questi itteri episodici nelle epatiti croniche, già vari AA. hanno richiamata l'attenzione: Micheli e sua Scuola, Fiessinger e collaboratori, ecc.

Lo stabilirsi di una cirrosi epatica nel seguito di un ittero catarrale, come ha notato Eppinger, e l'insorgenza di poussée di ittero di tipo catarrale nel decorso di una cirrosi, il vario intersecarsi di queste fasi. fa appunto pensare, sempre con le dovute riserve che la complessità del problema richiede, se talvolta non possano essere della stessa natura ed even-

tualmente avere la stessa patogenesi, come avviene in altri campi per esempio nella patologia renale in cui le poussée di riacutizzazione di nefrite cronica sono di osservazione corrente.

Analizziamo ora la possibilità di *varie localizzazioni* dell'infiammazione allergica, con cui si spiegherebbero le *varietà di ittero catarrale.*

Quando, come si è fin qui detto, l'infiammazione allergica sia localizzata al parenchima epatico si avrebbe la epatite allergica diffusa, quando poi l'infiammazione allergica interessi contemporaneamente o prevalentemente *anche i dotti o le vie biliari*, specie *coledoco* e la *cistifellea* col suo colletto, con la conseguente *tumefazione edematosa, spasmo* ed *essudazione* nelle vie biliari stesse, insorgerebbe l'ittero — *l'ittero epatocolangitico* —, *l'epatocolangite allergica*, l'epatocolecistite. Di queste forme e della loro sintomatologia abbiamo già accennato prima nel capitolo dell'ittero da emozione. L'ittero epatocolangitico potrebbe corrispondere alla varietà periacinosa, colangitica di ittero catarrale di Eppinger.

Questi concetti possono anche spiegarci certe varietà di decorso e di sintomatologia che questi casi possono presentare, per es. le coliche che talvolta precedono od accompagnano l'ittero stesso e talora la febbre.

Ammettendo tale essudazione, tumefazione edematosa, e spasmo anche del *coledoco* ed eventualmente pure dello sfintere di Oddi, si potrebbero spiegare certi *itteri da coledocite* e da papillite, itteri da cosidetta angina della papilla di Water (Eppinger). Interpretato in questo senso, potrebbe essere in parte compreso l'ittero per tumefazione ed ostacolo catarrale, mucoso nel coledoco e nelle vie biliari, come già Virchow supponeva; il reperto negativo autopsico essendo dovuto alla nota riduzione, dopo la morte, dello spasmo e dell'essudazione edematosa. In questi casi se noi facciamo il sondaggio duodenale possiamo trovare, come anche Micheli ed Allodi ed altri hanno visto, frammisti alla bile molti frustolini di muco e relativamente scarsi globuli bianchi e poche cellule delle vie biliari, muco che provverrebbe dalla essudazione delle vie biliari edematose tumefatte.

Con la possibilità di un rapido edema, di una rapida tumefazione e talvolta pure rapida detumefazione del coledoco, come è proprio talvolta del fenomeno allergico (si ricordi a tal proposito, la possibile rapida comparsa e scomparsa di ponfi di orticaria, di edema di Quincke, ed i reperti di tumefazione orticariforme dello stomaco rapidamente modificabili (come Paviot e Chevallier hanno con la gastroscopia osservato), si potrebbe anche spiegare la subitanea comparsa in certi casi dell'ittero — cosidetto ittero catarrale da ritenzione acuta — senza calcolosi, e talvolta la rapida regressione di esso, (casi di Pavel, ecc.).

In questi itteri da coledocite, che si possono pure ripetere, la prevalente compartecipazione del coledoco nella genesi dell'ittero, potrebbe anche essere avvalorata dalla scarsezza o mancanza di segni di lesione funzionale, la prova del galattosio essendo in questi tipi di ittero, secondo Loeper e Cottet, ecc., per lo più normale.

Ammessa la patogenesi allergica per *alcune coledociti*, con o meno contemporanea partecipazione del parenchima epatico, è da pensare che oltre alle forme acute ora accennate, possano esistere anche le coledociti ad andamento cronico, subdolo e la cronicizzazione delle forme acute, arrivando in tal modo alla *coledocite cronica stenosante* con ittero dovuto sia alla stenosi del coledoco con ristagno epatico e cirrosi biliare secondaria, quanto alla epatite della stessa natura che può accompagnare l'affezione delle vie biliari. Casi simili di stenosi del coledoco da probabile coledocite cronica si possono ogni tanto osservare e noi ne abbiamo visti due diagnosticati prima di andare al tavolo operatorio, al quale abitualmente arrivano dopo un decorso piuttosto lungo della forma e quindi con probabilità di successo non sempre elevate.

L'importanza di tale coledocite dovrebbe essere anche discussa con la contemporanea epatite nella patogenesi di alcuni itteri transitori e lievi della colica epatica senza calcoli.

Anche durante queste poussée infiammatorie allergiche nella colecisti e nel coledoco si produce, come si è detto, e si versa nel loro lume, dell'essudato, del catarro, del muco, che possiamo vedere a frustolini nel liquido ottenuto con sondaggio duodenale: accenniamo solo all'importanza che tale essudazione, tale catarro può, assieme agli altri fattori già ammessi, avere nei riguardi di possibile inizio di calcoli.

Sindromi associate: epatogastrite, epatosplenite, epatopancreatite, epatonefrite.

Studiando, come ora si è fatto, in un gran numero di casi il quadro morboso dell'ittero catarrale ed il « complesso allergico » e sapendo che la principale localizzazione, manifestazione allergica, in un dato organo può essere accompagnata o seguita da manifestazioni in altri organi localizzate e di minor grado, vien fatto

di chiedersi, come già abbiamo detto in precedenza, se anche le manifestazioni extraepatiche, che possono accompagnare l'epatite non possano talvolta essere della stessa natura di questa e non una semplice sua conseguenza. Vogliamo accennare specialmente in modo breve alla compromissione gastrica, splenica, pancreatica e renale.

Qui noi parliamo di « sindromi associate » ma è evidente che quanto si è detto finora per la *sola epatite* potrebbe estendersi per la « sola gastrite » per la sola nefrite, come già abbiamo fatto, per la sola pancreatite, splenite, ecc., secondo quanto qua e là si è già accennato. Vediamo separatamente queste sindromi associate.

Epatogastrite.

Della compromissione gastrica ed in genere gastrointestinale non occorre fare molte parole. È ben noto che essa è frequente, che vi sono spesso segni soggettivi e clinici di una gastrite, confermata talvolta anche dall'esame radiologico, gastrite ora iperacida ora ipoacida talvolta achilica, temporanea.

La particolarità delle nostre osservazioni ci conduce a pensare che anche questa manifestazione gastrica, gastrointestinale, gastroenterocolica che può accompagnare l'ittero catarrale possa in qualche caso almeno, non si vuole anche qui generalizzare, avere la stessa patogenesi dell'ittero, dell'epatite. La forma gastrointestinale sola, la gastrite, la gastroenterite, e colite allergica, è già del resto ben nota nella patologia.

Se la manifestazione epatica può in taluni casi essere dovuta alla diffusione e propagazione di una forma infettiva — tossinfettiva, parassitaria, gastroduodenale, ecc. — in taluni altri si può ammettere che ambedue, epatica e gastrointestinale, siano dipendenti dalla stessa causa, dallo stesso fattore allergico, come finora si è ammesso.

Epatosplenite.

Vediamo il problema interessante della splenomegalia nell'epatite. A denunziare la partecipazione splenica non abbiamo finora alcun dato (prove funzionali, ecc.) all'infuori della splenomegalia, ciò in rapporto alla scarsa conoscenza della fisiopatologia di questo organo.

La *splenomegalia* nell'ittero catarrale, se ricercata accuratamente è più frequente di quanto non si creda; anche Eppinger le attribuisce un certo valore. Noi l'abbiamo trovata nella metà circa dei casi di ittero catarrale; per lo più lieve, talvolta bene evidente, debordante uno e anche due dita dall'arco costale, essa regredisce di solito col regredire dell'epatomegalia.

Se l'epatite si fa subacuta, nei casi di ittero prolungato, anche la splenomegalia può perdurare più a lungo; molte epatiti croniche poi con maggior o minor frequenza, è noto si possono accompagnare con splenomegalia.

Ora noi ci chiediamo se anche a base della splenomegalia dell'ittero catarrale, non vi sia lo stesso processo anatomopatologico che si svolge nel fegato. Già Eppinger ammette questo concetto nei riguardi però dell'infiammazione sierosa. Orbene come nel fegato talora si tratterebbe secondo noi, di una epatite allergica, non si potrà avere, espressione dello stesso fenomeno più o meno diffuso, anche una *splenite allergica*? Il prof. Sotti direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica di Roma, già da parecchi anni aveva richiamato l'attenzione, non solo sull'edema gastrico nell'ittero all'infuori di fatti infiammatori infettivi dimostrabili con sicurezza al tavolo anatomico, ma anche sull'edema splenico per le particolari caratteristiche di consistenza dell'organo, non riferibili ad altra causa, quale l'aumento del connettivo, la dilatazione delle lacune, la replezione di sangue, ecc. Per la nostra ipotesi inoltre possiamo forse avere un appoggio anche dai risultati della terapia di desensibilizzazione con la quale abbiamo notato parallelamente e talora prima del miglioramento delle condizioni epatiche, anche la regressione della sintomatologia extraepatica, splenomegalia compresa. La milza può regredire talora in pochi giorni anche se debordava di uno, due dita dall'arco costale.

È possibile pensare che questi concetti portati nella patologia splenica, tuttora così oscura, ed ulteriormente sviluppati, possano fornire qualche dato chiarificatore? È possibile che manifestazioni spleniche primitive e predominanti con ripercussioni extraspleniche, ematiche, epatiche per esempio, possano trovare in questi concetti un'ipotesi patogenetica?

* * *

È noto che in qualche caso di ittero catarrale è una profonda *astenia* che domina il quadro morboso e talvolta una profonda depressione psichica.

Ci siamo mai chiesto perchè per esempio di due soggetti che hanno lo stesso ittero, cioè gli stessi valori di bilirubinemia, uno può presentare un'*astenia* così marcata da non potersi neppure alzare da letto ed un altro invece ha le forze abbastanza bene conservate e può ve-

nire anche ambulatoriamente a fare la cura e può continuare talvolta a lavorare? Sarà la forte astenia, talora con psicastenia, dovuta alla sola lesione epatica o non si potrà pensare anche ad un'altra contemporanea partecipazione, per esempio pancreatico-surrenale?

Qualche caso nella sua grande astenia, talvolta accompagnata da notevole ipotensione (un modico, talvolta evidente, grado di ipotensione noi abbiamo notato in quasi tutti i casi di ittero catarrale) ha un'impronta che può far pensare ad una compartecipazione cortico-surrenale (è da valutare tuttavia anche l'azione degli acidi biliari).

Così pure in altri casi c'è *anoressia* completa, che può esserci anche con ittero relativamente modico, mentre talvolta anche con un ittero di tipo catarrale molto intenso, l'appetito è bene conservato e sono mancati i disturbi gastrointestinali abituali.

Non si può escludere forse che in qualche caso assieme alla lesione epatica sia interessato anche qualche altro organo, pancreas, corticosurrene, ecc., che può dare nel singolo caso l'impronta particolare.

Ricordiamo anche qui che a seguito della nostra terapia di desensibilizzazione molto spesso scompare rapidamente l'astenia e l'anoressia, e ritornano in modo notevole le forze e l'appetito.

Dati gli stretti rapporti che passano fra fegato e milza, fegato e reni, fegato e pancreas, queste correlazioni patologiche potrebbero meglio intendersi.

EPATOPANCREATITE.

Diremo brevemente anche di questo argomento che svolgeremo più tardi.

È noto che in vari casi di ittero catarrale anche il pancreas (pancreas esterno) può partecipare alla sindrome morbosa, come le prove di funzionalità pancreatica e l'esame delle feci e talora l'esame radiologico possono dimostrare. Secondo Eppinger si tratterebbe anche in tali casi, come per la milza, di infiammazione sierosa, come si è già detto.

Che tale partecipazione pancreatica possa essere talora interpretata come espressione di pancreatite, (Gasbarrini e Gherardini, Allodi e Quaglia, ecc.), è anche l'opinione di O. Weill, Loeper e Soulié, Lebon e Loubeyere, ecc., secondo cui l'ittero catarrale si potrebbe considerare spesso come una epatopancreatite.

Con le dovute riserve che il tema richiede, noi ci dobbiamo chiedere, come già si è detto, nei riguardi della splenomegalia, se nei casi con evidente partecipazione pancreatica si possa talora trattare di una *pancreatite allergica*; vari dati prima già discussi possono appoggiare questo concetto, ed anche il risultato della terapia di desensibilizzazione.

Noi parleremo altrove della possibile, probabile patogenesi allergica di certe pancreatiti acute, di certi drammi pancreatici con citosteatonecrosi e della terapia che ne consegue, (adrenalina efedrina, desensibilizzazione) qui noi ci chiediamo se certe pancreatiti croniche localizzate specie alla testa del pancreas (con le loro conseguenze, stenosi del coledoco, ecc.) in soggetti che hanno talora presentato altre manifestazioni allergiche, non possano essere ricondotte a questa eziopatogenesi.

Ammettendo la sindrome epatopancreatica, la epatopancreatite, si possono anche meglio intendere quei casi di ittero che si accompagnano a forte astenia ed a glicosuria. Questi punti sono per noi di notevole interesse, perchè ci hanno condotto, grado a grado, a pensare che non solo si possa talora avere una pancreatite isolata o prevalente, con interessamento del pancreas esterno, ma che *certe forme di glicosuria, alcuni tipi di diabete isolato o che si accompagna ad ittero si possano attribuire ad una localizzazione pancreatica prevalentemente insulare* dell'infiammazione *allergica*, a quella che noi chiamiamo *pancreoinsulite allergica*. Anche in taluni casi di diabete infatti possiamo trovare tutti i fattori già ricordati a proposito dell'ittero catarrale, alimentari, emotivi, raffreddamenti, tonsilliti, ecc., ed il *terreno organico* con le frequenti note familiari e personali *allergiche*, variamente alternantisi (orticaria, eczemi, asma, coliche, itteri, ecc.).

In taluni casi di ittero se vi è glicosuria, questa potrà talora considerarsi di origine epatica, anche alimentare, ma questo non dovrebbe essere tanto frequente poichè la maggioranza dei nostri casi di ittero catarrale non hanno glicosuria nè iperglicemia, anche se a dieta abbastanza ricca di carboidrati. Sembra quindi verosimile pensare che se in un *caso di ittero* catarrale compare contemporaneamente o successivamente *glicosuria ed una iperglicemia notevole*, si possa talora pensare ad una compartecipazione pancreatica insulare della stessa natura, cioè ad una pancreoinsulite allergica, (ad un diabete), come già abbiamo detto, contemporanea all'epatite (ittero).

Alcuni risultati terapeutici ottenuti finora con una terapia di desensibilizzazione sosterrebbero questa nostra ipotesi. Alcuni casi di *diabete* ed *ittero* concomitante in questi concetti potrebbero trovare una spiegazione ezio-

patogenetica talvolta più soddisfacente di quelle finora ammesse, ed un corrispondente indirizzo terapeutico.

Epatonefrite.

È noto che talora nell'ittero catarrale, specie nei casi più intensi, si può avere una sintomatologia renale, con albuminuria cilindruria ed anche ematuria microscopica.

Questi fenomeni che non sempre, come si è detto, sono di prognosi sfavorevole, regrediscono per lo più abbastanza rapidamente con la guarigione della forma e con la terapia di desensibilizzazione. La partecipazione del rene alla sindrome dell'ittero catarrale può andare dai gradi più leggeri fino a quelli più marcati alle vere sindromi epatorenali, alle cosidette epatonefriti allergiche bene illustrate dagli AA. francesi, Vague, Vague e Bosch, Pasteur Vallery-Radot, Derot e Derot Piquet, ecc. Per quanto riguarda la patogenesi allergica della sola glomerulonefrite diffusa, noi abbiamo già trattato diffusamente altrove.

RIASSUNTO E CONCLUSIONI

L'A. discute con concetti nuovi l'eziopatogenesi dell'ittero catarrale.

In base ad una lunga osservazione di casi (100 pazienti in tre anni di studio) l'A. emette l'ipotesi che una parte dei casi della *sindrome morbosa* che va sotto il nome di ittero catarrale, possa avere una patogenesi o una componente allergica e possa quindi attribuirsi ad una *epatite od epatocolangite allergica*.

Attualmente l'ittero catarrale si considera una epatite infettiva, tossinfettiva o tossica. Secondo Rössle, Eppinger e Scuola si tratta di una epatite sierosa, espressione della « infiammazione sierosa ».

L'A. discute a lungo il concetto e l'essenza della « infiammazione sierosa » e la sua importanza specie dal lato anatomopatologico.

Per quanto riguarda però l'interpretazione patogenetica l'A. si chiede se, a proposito del problema epatico discusso, tale infiammazione sierosa, non possa essere l'espressione dell' « infiammazione allergica » localizzata al fegato ed alle vie biliari.

È ricordato il quadro locale di tale infiammazione allergica: aumento di permeabilità capillare, (con passaggio negli interstizi dei tessuti di essudato siero albuminoso, edema allergico, con risentimento del parenchima, ecc.), spasmo della muscolatura liscia, se presente, e le varie successive evoluzioni di questa infiammazione: riassorbimento e guarigione o passaggio alla fase subacuta, cronica con organizzazione e sclerosi.

*

A sostegno di quanto l'A. afferma vien fatta una minuta analisi clinica del quadro morboso, dell'ittero catarrale, nel suo periodo preitterico ed itterico.

Sono esaminate e sottolineate le varie manifestazioni preitteriche: gastrointestinali, articolari, muscolari, cutanee, orticaria, eritemi, prurito, edemi, cefalee, ecc.

L'importanza di tali manifestazioni nei riguardi dell'ipotesi allergica sostenuta, finora non era stata opportunamente valutata.

Secondo l'A. infatti questa sintomatologia preitterica, potrebbe, in determinati casi, essere interpretata come un complesso, una sindrome allergica e l'A. fa per ogni tipo di manifestazione preitterica un minuto esame clinico interpretativo in confronto con altre note sindromi allergiche.

Nella ricerca dei probabili fattori eziologici della sindrome itterica a parte quelli finora ammessi, è dato particolare valore al fattore alimentare (inteso talora almeno, in modo diverso dall'abituale), alle emozioni, ai raffreddamenti, alle tonsilliti, ed a particolari terapie in precedenza eseguite (chemioterapie, ecc.). Separatamente l'A. descrive perciò diversi tipi di ittero: in un capitolo a sè « l'ittero da allergia alimentare », « l'epatite da allergia alimentare » nei confronti del quale è discusso il valore della « intossicazione alimentare ».

È ricordato a tal proposito un caso unico nella letteratura, il quale ebbe nello spazio di 20 anni più di 30 itterizie, quasi sempre in rapporto con l'ingestione di determinati cibi e talora dopo emozioni. Di tutti questi supposti fattori eziologici a cui il ragionamento clinico ci porta, non si è potuto finora tuttavia dare una dimostrazione assoluta, (cuti, intradermoreazioni) nè identificare o riconoscere una costante scatenante o provocatrice di ittero. Tale è lo scopo di successive ricerche.

In un capitolo a sè è diffusamente trattato l'ittero da emozione, l' « epatite ex emotione », che merita secondo l'A. di avere un posto distinto. Sono ricordati vari e chiari esempi di tale ittero in soggetti che presentavano altre note familiari e personali del terreno allergico, a distonie neurovegetative, e che ebbero anche varie successive poussée di ittero.

In successivi capitoli si tratta di quello che l'A. chiama ittero catarrale « a frigore », « epatite a frigore ». Viene quindi discussa l'allergia da cause fisiche e l'importanza del raffreddamento, della « perfrigeratio » che patogeneticamente è interpretata come l' « emozione » (secondo quanto è già stato detto in lavori precedenti).

È ricordata poi l'« epatite da tonsillite » o

« epatite post-tonsillare » e gli itteri, le « epatiti della chemioterapia » (salvarsan, oro, bismuto, atofan, sulfanilamide, ecc.).

Viene discussa quindi l'importanza che vari fattori meteorologici possono talora assumere nella comparsa dell'ittero catarrale.

Sono sottolineati i disturbi idrici che si manifestano nell'ittero catarrale e che possono avere rapporti con analoghi fenomeni che si manifestano in altre sindromi allergiche e nello choc istaminico.

Nella sindrome itterica — ittero catarrale — l'A. vorrebbe distinguere una epatite allergica diffusa, una epatocolangite ed una coledocite. Con ciò si spiegherebbero alcune varietà di ittero catarrale a sintomatologia e decorso particolare.

Infine si tratta di una parte nuova, delle sindromi associate cui separatamente si accenna: epatogastrite, epatosplenite, epatonefrite, epatopancreatite, a componente allergica, di grande interesse perchè possono anche mostrare nuovi problemi e nuovi campi di studio.

AVVERTENZA. — La bibliografia, con il consenso dell'autore, viene pubblicata solo nell'estratto.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO CARLO FORLANINI
CLINICA DELLA TUBERCOLOSI
E MALATTIE RESPIRATORIE
Direttore: on. prof. E. MORELLI.
CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. C. FRUGONI.

Polmoniti da pneumococco del tipo VII (Cooper) (1).

Dott. IGNAZIO DI MARCO
ass. vol della R. Clinica Medica di Roma.

Fra le malattie infettive, che dal punto di vista sociale hanno maggiore interesse, la polmonite indubbiamente occupa un posto di primo piano.

Essa deve essere considerata di ordine sociale non foss'altro perchè, specie in determinate stagioni, assume una diffusione così vasta quale difficilmente in altre malattie si riscontra.

Non bisogna dimenticare che in Italia, secondo le più recenti statistiche, soccombono alla polmonite lobare circa 25.000 persone all'anno, senza contare le bronco-polmoniti, che pure danno un così forte contributo alla mortalità.

Il problema di grande attualità della terapia e anche della profilassi della polmonite si ricollega direttamente a quello della diagnosi batteriologica dell'agente causale.

La chemoterapia, pur avendo realizzato in questi ultimi anni notevoli e sostanziali progressi, specialmente dopo la introduzione della optochina basica, dei preparati di sulfonamide, ecc., non può tuttavia sostituirsi alla sieroterapia che costituisce il vero metodo di cura specifico della polmonite.

Lo scetticismo con cui fino a poco tempo addietro veniva considerato dalla maggioranza degli AA. il trattamento serico ha finito per cedere di fronte alle recenti acquisizioni.

Gli AA. americani, specialmente, ne hanno documentato con ampie e scrupolose statistiche l'enorme valore terapeutico.

È necessario però che nella pratica, perchè l'uso dei sieri faccia buona prova, si attuino fra l'altro queste due condizioni: la determinazione del tipo di pneumococco; e la somministrazione precoce del siero (nei primi tre giorni di malattia).

Se l'accordo è unanime nel ritenere che la polmonite lobare sia etiologicamente legata al pneumococco, le opinioni sono tuttora divise per quanto riguarda invece la frequenza dei relativi tipi.

M. Gundel (*Erg. inn. Med.*, 47; *Klin. Wschr.*, 1-1933; *Klin. Wschr.*, 2-1933) ha trovato nella polmonite crupale nel 96 % dei casi pneumococchi del tipo di I e II, nel 3,1 % del tipo III, in nessun caso del gruppo X. Nelle polmoniti a focolai viceversa ha riscontrato nel 5,5 % dei casi il tipo I e II, nel 94,4 % il tipo III e il gruppo X. Lo stesso reperto ha potuto egli confermare anche di recente in base alla osservazione di numerosi casi di polmonite lobare manifestatasi in alcuni lavoratori addetti ai mulini di scorie di Thomas (*Z. Hyg.*, 120, 1937).

Per contro, ricerche di numerosi altri AA., si può dire d'ogni parte del mondo, hanno bene messo in luce che anche i pneumococchi del gruppo X possono essere agenti della polmonite lobare. Esiste in proposito una letteratura vastissima che sarebbe troppo lungo qui riferire.

Nel 1935 Daddi e Fabris (*Policl.*. Sez. Prat., 1935) in Roma trovarono i pneumococchi del gruppo X nel 36,4 % dei casi di polmonite

---

(1) Le ricerche sono state eseguite nel reparto batteriologico dello Istituto « Carlo Forlanini », diretto dal prof. G. Daddi cui rendo vive grazie per i consigli datimi nel corso del lavoro.

lobare. Successivamente nell'inverno 1936-1937 Daddi e Di Marco (*Boll. Atti R. Acc. Med., di Roma*, IV, 1937) su 81 casi di polmonite l. hanno riscontrato pneumococchi del gruppo X in una percentuale di 29.62 (come risulta dalla tabella che riportiamo) essendo compresi quivi anche i 13 casi del tipo VII.

TABELLA

Su 81	casi	positivi	39	sono	del	tipo	I	48,14 %
» 81	»	»	7	»	»	»	II	8,64 %
» 81	»	»	11	»	»	»	III	13,58%
» 81	»	»	13	»	»	»	VII	16,04 %
» 81	»	»	24	del	gruppo		X	29,62 %

La presenza di pneumococchi del gruppo X nello espettorato di polmonitici conserva in questo caso tutto il suo valore diagnostico in quanto, come è esposto nel citato lavoro di Daddi e Di Marco:

esami ripetuti di campioni di sputo prelevati in tempi successivi dallo stesso malato hanno dato sempre risultati concordanti;

in alcuni casi in cui è insorto empiema parapneumonico il tipo accertato nell'espettorato è stato lo stesso di quello trovato nell'empiema;

nei casi nei quali è riuscita positiva la ricerca della pneumococcemia, il tipo dei pneumococchi nel sangue circolante è risultato essere lo stesso di quello dei pneumococchi dello espettorato.

Altra conferma a queste vedute viene dalle recenti esperienze di Bullowa, Finland, ecc., che hanno potuto mettere in evidenza nel siero di convalescenti di polmonite l. degli anticorpi specifici per il tipo del pneumococco responsabile della malattia evidenziabili sia mediante la classica prova di Neufeld sia mediante le cutireazioni. Anche la ricerca dei polisaccaridi della capsula batterica che si trovano nelle urine dei polmonitici (pneumococcosuria), tuttora allo studio, potrà darci in questo senso più precise nozioni.

Bullowa, la cui competenza in materia è universalmente riconosciuta, asserisce (*J. am. med ass.*, 105, 1935) che nel 93 % dei casi i pneumococchi ottenuti dagli sputi dei polmonitici sono la causa della malattia.

Fra i pneumococchi del gruppo X nel corso delle cennate esperienze il tipo VII è stato riscontrato con una notevole frequenza.

Esistono nella letteratura osservazioni di notevole interesse su questo tipo.

Anzitutto è da rilevare il fatto messo bene in luce da Smillie (*J. amer. med. ass.*, 101, 1933) e da Webster e Hughes (*J. exper. med.*, 53, 1931) che il pneumococco del tipo VII si riscontra, a differenza di quanto avviene per gli altri tipi del gruppo X, solo raramente nel naso-faringe di individui normali.

Finland e collaboratori (*Amer. J. med. sci.*, 193, 1937) dal novembre 1929 al giugno 1936 negli ammalati del Boston City Hospital hanno trovato il pneumococco del tipo VII in 195 casi. Di questi 128 erano casi di polmonite l., 32 di broncopolmonite, per il resto infezioni varie (meningite, otite, bronchite, sinusite, ecc.).

Nel 25 % dei casi di polmonite l'emocultura era positiva. I sintomi della polmonite dovuta a questo tipo erano simili a quelli della polmonite d'altri tipi. In circa 2/3 dei casi che non ebbero trattamento serico la crisi o la lisi si ebbe fra il 7° o il 9° giorno dall'esordio della malattia. In 30 casi in cui fu instituito un trattamento con anticorpi concentrati specifici la mortalità fu più bassa e la durata della malattia più breve.

Bullowa e Greenbaum (*Arch. intern. med.*, 60, 1937) dal 1928 al 1935 nello Harlem Hospital hanno trovato 218 pazienti con polmonite dovuta al tipo VII, con una frequenza del 6,5 % per quanto riguarda la polmonite degli adulti, e del 2,4 % dei bambini. Il numero dei casi è stato vario da un anno all'altro. Ventotto (18,8 %) dei 149 pazienti adulti che non ebbero il siero omologo perirono.

Si tratta quindi di una forma discretamente grave. Fra 149 casi in 18 si ebbe emocultura positiva (12,1 %). Tredici di questi 18 pazienti perirono (72,2 %). Nei soggetti in cui fu fatta la sieroterapia la mortalità si ridusse notevolmente, la durata della malattia fu più breve anche quando il trattamento ebbe inizio al 5°, 6° o 7° giorno di malattia.

Kohl e Reitzel (*J. amer. med. ass.*, 106, 1936) hanno riscontrato il tipo VII nel 4,3 % dei casi di polmonite.

Accanto a queste meritano di essere qui ricordate altre due recentissime statistiche: l'una di E. H. Loughlin, R. H. Bennet e S. H. Spitz (*J. amer med. ass.*, 111, 1938) con nove casi di polmonite l. tipo VII osservati a Brooklyn dal dicembre 1937 al febbraio 1938 che sottoposti a trattamento serico omologo guarirono tutti; e l'altra di Normann Plummer con 119 casi osservati nel periodo 1928-1938 in New York con una mortalità di 18,4 % circa.

In considerazione del notevole interesse che son venuti ad assumere dal punto di vista

diagnostico e terapeutico questi casi di polmonite dovuti ai tipi alti di pneumococco e della quasi assoluta mancanza nella letteratura italiana di osservazioni precise abbiamo creduto opportuno riferire in questa nota sulla presente casistica che pur non avendo la vastità delle analoghe americane, per ragioni facili ad intuirsi, tuttavia può servire a meglio chiarire alcuni aspetti, diremo così locali, del complesso ed assillante problema della polmonite, alla cui soluzione è da augurarsi, che, anche in Italia, possa contribuire in un non lontano avvenire, secondo i voti formulati dalla Assemblea Generale delle Assisi di Medicina (1938), sia la precoce diagnosi batteriologica sia il rapido intervento curativo mediante l'uso di sieri specifici.

CASISTICA DELLE POLMONITI E B-POLMONITI DA PN. DEL TIPO VII

CASO I. — D'U. Carlo, anni 27. Soggetto luetico. Il giorno 28 novembre 1936 brivido seguito da febbre alta. Il giorno successivo insorge anche delirio. Sputo rugginoso. Reperto clinico tipico di polmonite franca del lobo superiore destro. La febbre cade per crisi al nono giorno.

CASO II. — V. Ernesta, anni 46. Il 24 novembre 1936 cefalea e tosse con espettorato verdastro. Quattro giorni dopo insorge brivido e febbre alta. All'ingresso in ospedale reperto di broncopolmonite a focolai confluenti. La febbre si mantiene continuo-remittente. Le condizioni generali vanno progressivamente peggiorando e il 17 dicembre viene a morte. L'autopsia conferma il reperto clinico.

CASO III. — P. Anna, anni 50. Il 3 dicembre 1936 brivido, febbre alta, dolore puntorio all'emitorace destro. Reperto tipico di polmonite lobare destra. La febbre cade per crisi in ottava giornata.

CASO IV. — R. Luigi, anni 29. Il 5 dicembre 1936 tosse, brivido, febbre alta. Dopo qualche ora insorge dolore alla regione mammaria destra. Reperto clinico di polmonite franca dei lobi inferiori. La febbre cade per crisi il 13 dicembre 1936.

CASO V. — M. Pasquale, anni 37. Il 26 novembre 1936 tosse, brivido, febbre alta. All'ingresso in Ospedale reperto di polmonite del lobo inferiore sinistro. Le condizioni generali sono gravi. Successivamente il processo pneumonico invade il lobo superiore sinistro e insorge versamento pleurico. Il 13 dicembre si ha il decesso. All'autopsia: polmonite totale sinistra con pleurite fibrinosa concomitante.

CASO VI. — T. Pasqualina, anni 34. Il 16 dicembre 1936 attacco influenzale, con brivido, febbre, dolori vaganti alle articolazioni. Dopo 8 giorni sentendosi guarita lascia il letto. Dopo due giorni insorge di nuovo febbre accompagnata da dolore puntorio all'emitorace destro. Reperto di polmonite del lobo inferiore di destra. La febbre cade per crisi in 5ª giornata.

CASO VII. — C. Enrico, anni 71. Soggetto arteriosclerotico, iperteso con aritmia completa da fibrillazione auricolare da diversi mesi. Il 15 dicembre 1936 tosse, febbre, dispnea, abbondante espettorazione muco-purulenta. All'ingresso in ospedale reperto di broncopolmonite bilaterale basilare. Le condizioni generali vanno progressivamente peggiorando, si formano dei versamenti pleurici parapneumonici. Il paziente muore il 31 gennaio 1937. L'autopsia conferma il reperto clinico.

CASO VIII. — A. Argia, anni 60. Il 4 gennaio 1937 coriza, febbre a 38° preceduta da lieve brivido. Dopo 2 giorni la febbre cessa. Il 9 gennaio insorge con brivido, febbre alta e dolore puntorio all'emitorace destro. L'espettorato il 13 gennaio diventa rugginoso. Compare vomito. Il 15 gennaio morte. L'autopsia rivela polmonite del lobo superiore destro. Quasi contemporaneamente si è ammalato di broncopolmonite anche il marito della paziente.

CASO IX. — L. Giuseppina, anni 31. Il 15 gennaio 1937 brivido, febbre alta. Reperto clinico di polmonite lobare superiore destra. La febbre cade per crisi in settima giornata.

CASO X. — M. Palmiro, anni 43. Il 24 gennaio 1937 brivido, febbre, dolore puntorio all'emitorace destro. Reperto di polmonite del lobo inferiore destro. La febbre cade dopo un rialzo fino a 41° C per crisi in settima giornata.

CASO XI. — S. Francesco, anni 70. Il 10 gennaio 1937 brivido e febbre che a tipo continuo-remittente non ha più lasciato il paziente. Il giorno 1 febbraio entra in ospedale ove è riscontrata broncopolmonite a piccoli focolai al lobo superiore destro. Il 2 febbraio si ha il decesso. L'autopsia conferma il reperto clinico.

CASO XII. — B. Enrico, anni 49. Soggetto luetico. Il 15 febbraio 1937 brivido, febbre alta, tosse con espettorato prima mucoso poi rugginoso, dolore all'emitorace destro. Reperto: polmonite della parte superiore del lobo inferiore destro. La febbre cade in settima giornata per crisi

CASO XIII. — B. Domenico, anni 49. Il 2 febbraio brivido e febbre alta con dolore puntorio alla spalla sinistra. Sputo rugginoso. Stato grave. Morte il giorno 8 febbraio 1937. Autopsia: polmonite fibrinosa del lobo inferiore sinistro.

CASO XIV. — M. Sebastiano, anni 54. Il 20 febbraio 1937 febbre alta con dolore puntorio all'emitorace destro. Reperto polmonite lobare destra. La febbre cade per crisi il 28 febbraio.

CASO XV. — C. Donatilla, anni 32. Il 20 febbraio brivido, febbre, dolore puntorio all'emitorace sinistro. Reperto: polmonite del lobo inferiore sinistro. Successivamente viene invaso il lobo superiore sinistro e insorge con grave dispnea versamento pericardico. Decesso il 5 marzo. Autopsia: polmonite lobare di tutto il polmone sinistro, pericardite.

CASO XVI. — P. Alfredo, anni 49. Il 26 febbraio 1937 febbre a 39° C con dolore alla spalla destra. Reperto: polmonite lobo superiore destro. La febbre cade a scalini il 5 marzo.

COMMENTO.

In base alla presente casistica una constatazione anzitutto si impone: le forme pneumoniche da pn. tipo VII non sono poi tanto rare rispetto alle altre, come qualche A. sostiene, se noi su 116 casi positivi ne abbiamo potuto riscontrare 16.

L'obiezione di Gundel (*Jahresk. f. ärztl. Fortb.*, X, 1938) che il reperto di pn. del gruppo X in casi di polmonite lobare non basta per fare ammettere che questi ne siano i responsabili, avendo potuto egli stesso mettere in evidenza *post mortem* pneumococchi del tipo I nel puntato polmonare e nel sangue del cuore di un polmonitico mentre in vita erano stati per tre volte isolati bacilli influenzali e pn. del gruppo X, non ha valore per i nostri casi in quanto abbiamo, fra l'altro, alcune volte potuto convalidare la nostra diagnosi batteriologica mediante l'emocultura e l'isolamento del ceppo dai pezzi d'autopsia.

Anche Loughlin, Bennet e Spitz hanno riscontrato batteriemia omologa in quattro casi su nove; Finland e collaboratori nel 25 % dei casi; Bullowa e Greenbaum nel 12,1 %.

Per quanto riguarda l'insorgenza e il decorso clinico di queste forme non ci è possibile mettere in evidenza nessun dato differenziale degno di nota. Il brivido, la febbre alta, il dolore puntorio al torace, ecc., figurano anche qui fra i sintomi più frequenti e precoci. In qualche caso l'affezione polmonare si è iniziata o è stata preceduta da un caratteristico attacco influenzale. La curva febbrile non si discosta gran che da quella che è propria della malattia. Nella maggioranza dei casi si è avuta la crisi in settima giornata, in alcuni in quinta, ottava e nona giornata. L'espettorato, come al solito, è stato generalmente rugginoso.

Fra le complicanze dobbiamo segnalare: la pleurite sierofibrinosa concomitante (casi n. V, VII), e la pericardite (caso n. XV)

Fra i nostri casi forse la sola nota caratteristica di notevole importanza è data dall'alta mortalità (43,75 %), quale non abbiamo avuta per nessun altro tipo. Bisogna però notare, a scanso di interpretare in senso assoluto questa cifra, che cinque dei sette pazienti, in cui si ebbe il decesso, erano di età superiore ai 45 anni.

L'autopsia ha semplicemente confermato il reperto clinico, senza nulla svelare di caratteristico.

Quasi tutti gli AA. che abbiamo ricordati sono concordi nell'attribuire al tipo VII un certo carattere di gravità, e questo rilievo appare tanto più degno di interesse in quanto sembra che l'uso precoce della sieroterapia omologa riesca ad abbassare indubbiamente la mortalità.

Riguardo alla forma anatomica abbiamo registrato 13 casi di polmonite franca e 3 di broncopolmonite. Con tutta probabilità nel determinismo dell'una o dell'altra forma il ruolo principale più che al microrganismo spetta al macrorganismo, e, più precisamente, allo stato immunitario del paziente. Infatti, secondo numerosi AA. (Loeschke, Cole, Engel, Lauche, ecc.) l'insorgenza di una pneumonite a focolai sarebbe da considerare come la reazione alla infezione pneumococcica di un organismo normergico. Ne consegue che nei soggetti molto giovani predominano queste forme in quanto tanto più giovane è il soggetto tanto più esso è normergico. Per contro, la polmonite lobare si svilupperebbe solo nell'organismo iperergico che è venuto ad acquistare la sua iper-reattività attraverso una sensibilizzazione specifica dovuta a pregressi raffreddori, bronchiti, ecc. Il fatto poi che nelle polmoniti franche si riscontrano prevalentemente germi del tipo I e II andrebbe, secondo Gundel, messo in rapporto con le spiccate proprietà antigeni, e quindi sensibilizzanti, di questi primi due tipi, mentre gli altri tipi si comporterebbero in senso opposto. Bisogna però notare che ciò risponde solo in parte alla realtà non foss'altro perchè anche i sieri preparati con i pn. dei tipi alti, al vaglio sperimentale e clinico, si sono dimostrati non meno attivi di quelli dei tipi I e II.

RIASSUNTO.

L'A. prospettato l'interesse che, specialmente ai fini della terapia, ha la precisa diagnosi batteriologica del tipo per le affezioni pneumococciche, riferisce su una serie di 13 casi di polmonite lobare e 3 di broncopolmonite da pn. del tipo VII occorsi in Roma nell'inverno 1936-1937, in cui si ebbe una mortalità notevolmente alta, mentre l'aspetto clinico ed anatomo-patologico non fu diverso da quello solito.

Senza escludere naturalmente l'influenza di possibili fattori individuali, ambientali, stagionali, ecc., tuttavia, tenendo conto di analoghi rilievi della letteratura americana sembra in certo senso lecito ammettere che le polmoniti da pn. del tipo VII presentino caratteri di particolare gravità.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE « BON BOZZOLA » SOLIGO (Treviso).

Di un eccezionale corpo estraneo dell'antro d'Higmoro.

Dott. LUIGI TOMASI, chirurgo primario.

Nel settembre 1937, un contadino di Falzè di Piave, D.V.E. di anni 38, mezzadro, avendo scorto un grosso falco che attentava alla vita dei suoi polli, afferrò un fucile, vecchio relitto di guerra, mirò al rapace e lasciò partire il colpo il quale però invece di uccidere l'uccello fece scoppiare il fucile ed il contadino fu gravemente ferito dallo scoppio all'orbita destra, per cui fu tosto trasportato in Ospitale, ove constatato lo spappolamento del bulbo oculare, fu subito praticato lo svuotamento dell'orbita, la toilette della ferita e medicazioni con tamponamento.

Il decorso post-operatorio fu buono ed il paziente guarì abbastanza rapidamente, sia pure con notevole sfregio permanente, accusando soltanto un senso di peso alla regione colpita quando abbassava rapidamente il capo, talvolta qualche dolore alla gola ed una persistente leggera secrezione di sierosità dalla rima palpebrale, secrezione che aumentava quando il paziente si soffiava forte il naso.

Durante circa 12 mesi egli tornò al suo

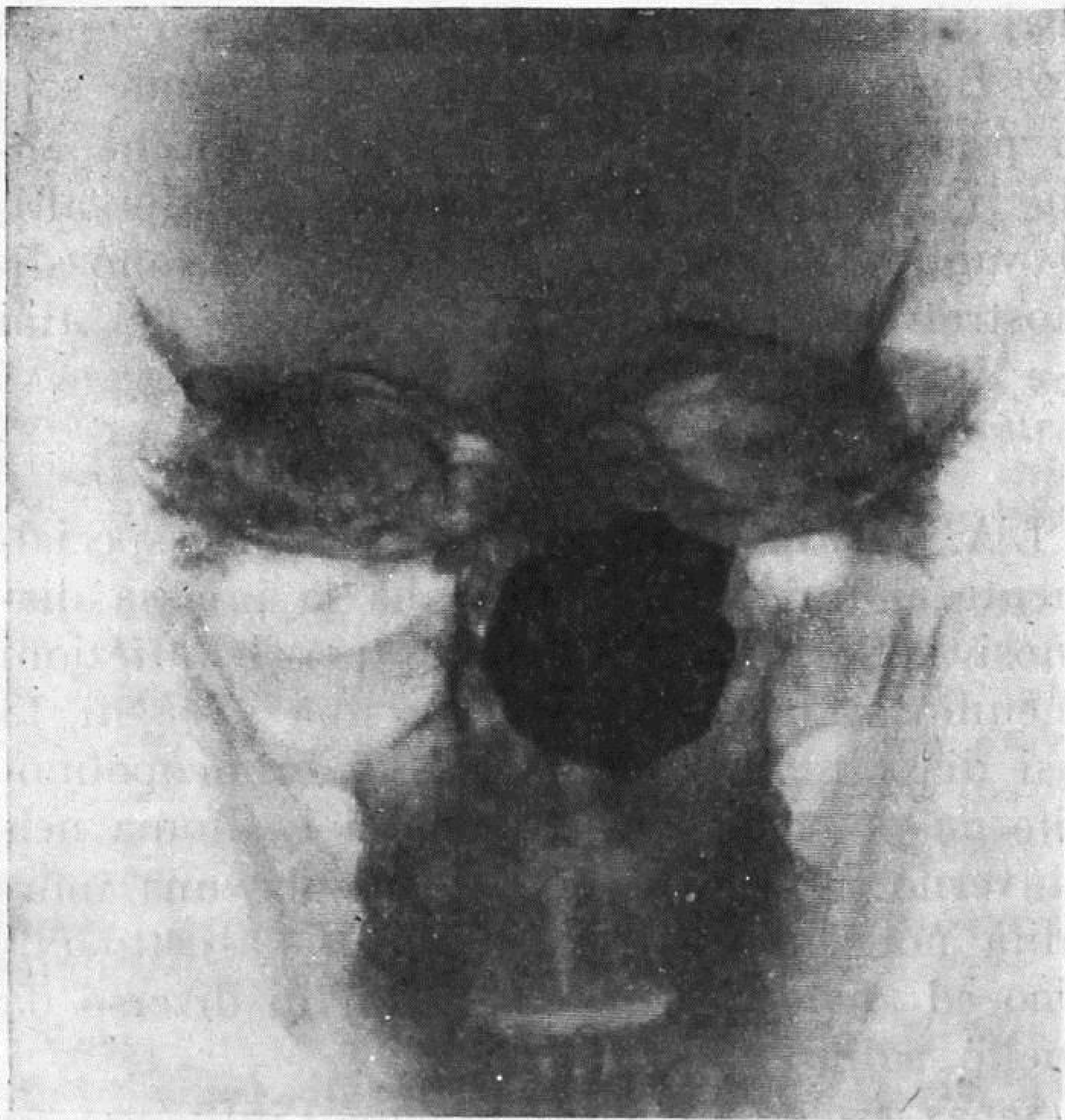


FIG. 1.

abituale lavoro senza accusare gravi disturbi eccettuati quelli sopra descritti. Però essendo stata fatta denuncia di infortunio agricolo, durante questi mesi fu ripetutamente visitato da numerosi sanitari e per definire la pratica infortunistica, il 20 agosto 1938, fu sottoposto ad un esame radiografico della faccia, esame che mise in evidenza nell'antro d'Higmoro destro un enorme corpo estraneo metallico (fig. 1 e fig. 2) corpo estraneo rappresentato da gran parte dell'otturatore del fucile.

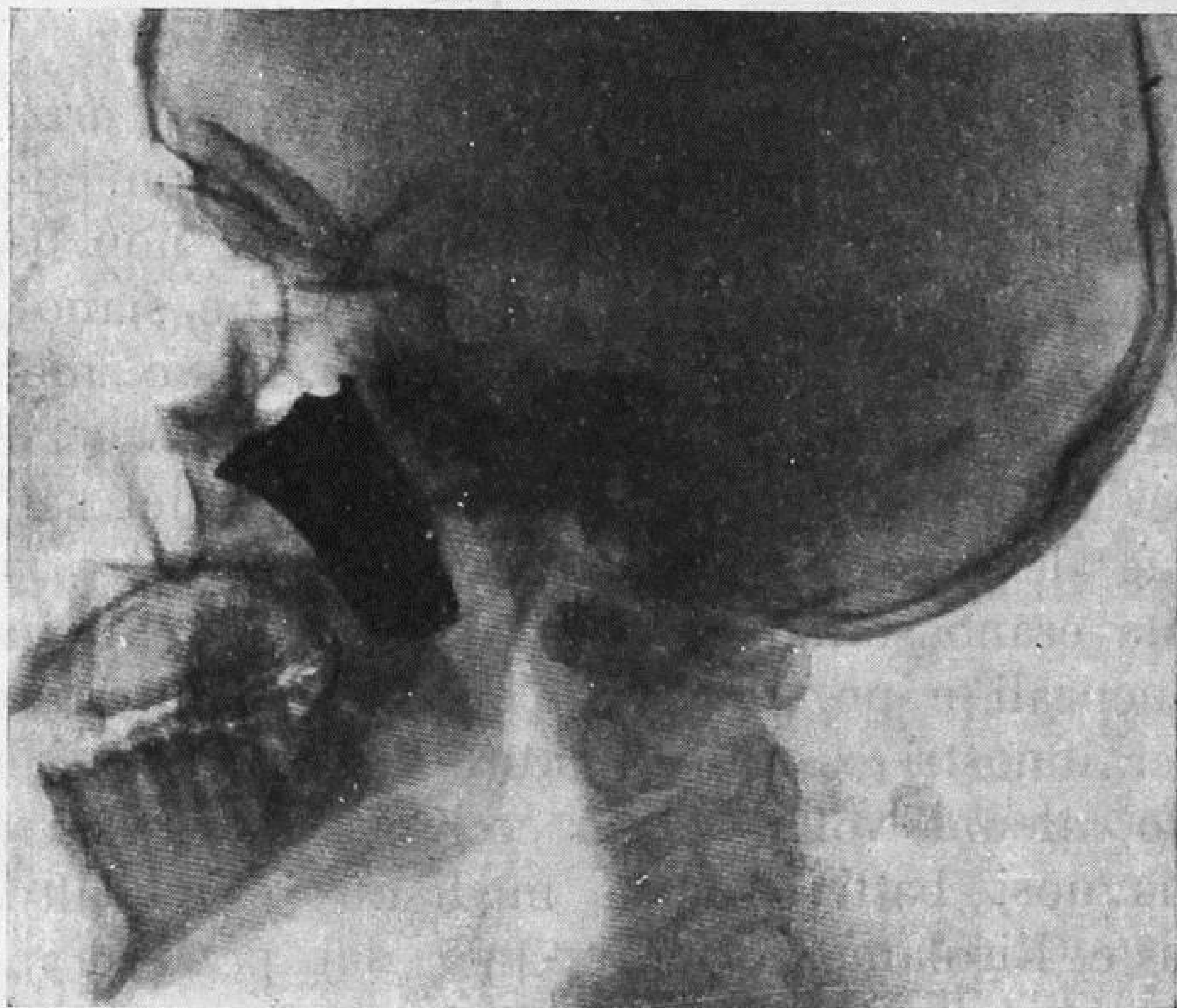


FIG. 2.

Dopo questa sensazionale scoperta il paziente fu inviato all'Ospitale Bon Bozzola di Soligo, per essere sottoposto ad un intervento radicale:

Atto operativo: opera il dott. Luigi Tomasi, assiste il dott. Mario Baratto, anestesia locale con pantocain. Praticata una incisione cutaneomuscolare in corrispondenza del solco naso genieno di destra, completata da una breccia ossea, si raggiunse con una certa dif-

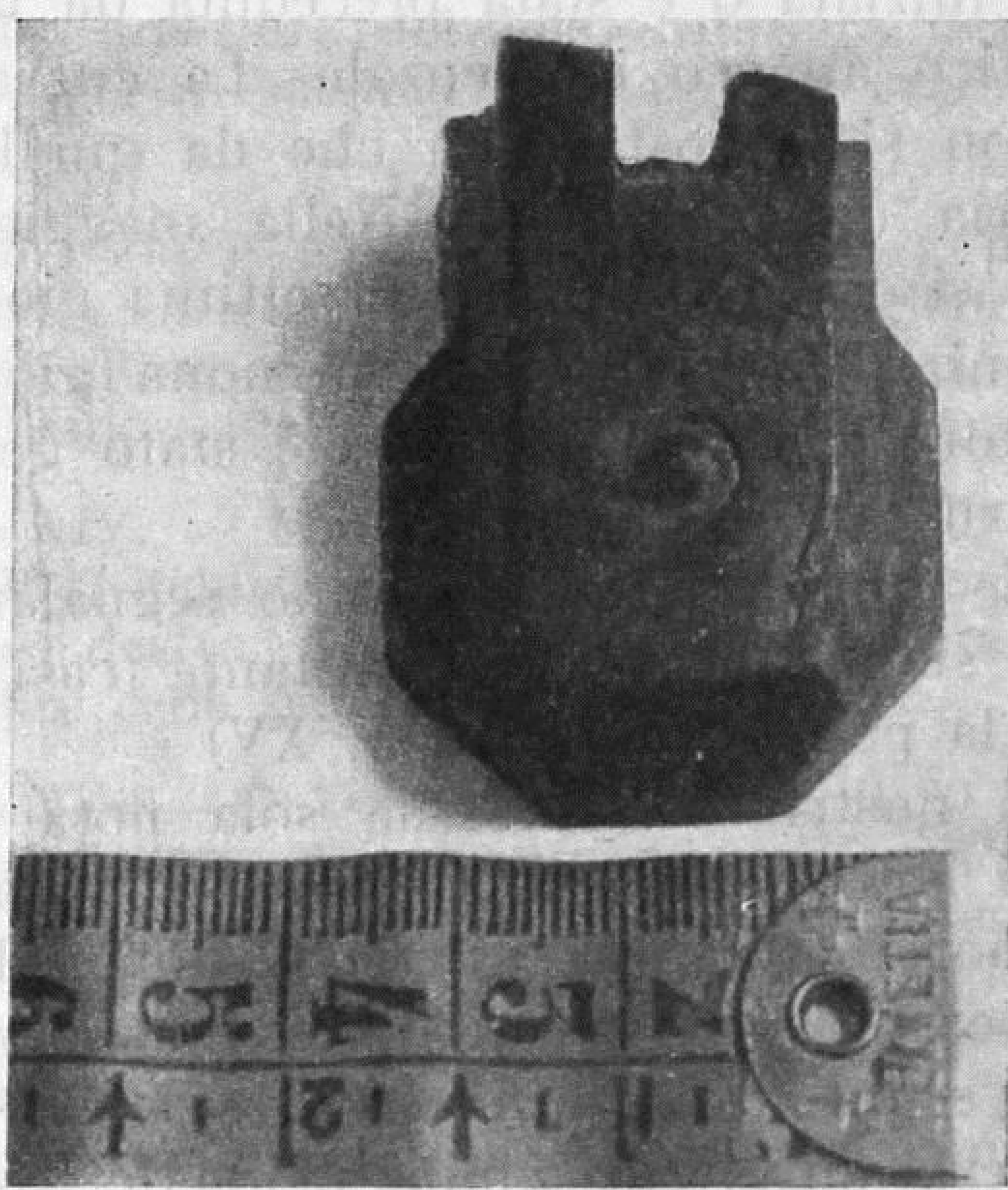


FIG. 3.

ficoltà il corpo estraneo infisso tenacemente nella profondità dell'antro di Hygmoro e con notevoli sforzi si riuscì ad estrinsecarlo. Il paziente guarì abbastanza rapidamente per seconda intenzione ed ora è ritornato guarito alle sue normali occupazioni.

L'interesse di questa brevissima nota è dato: dal volume eccezionale del corpo estraneo metallico che pesava ben 110 grammi (vedi fig. 3) e dal fatto che esso abbia potuto rimanere infisso nelle profondità della faccia per circa un anno senza dare eccessivi disturbi al suo ospite.

RIASSUNTO.

L'A. illustra il caso di un voluminoso corpo estraneo estratto dall'antro d'Hygmoro, dove era rimasto circa un anno.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI

Le dispepsie funzionali.

(P. GODARD. *Praxis*, 7 aprile 1938).

Con il nome di dispepsie funzionali si designano condizioni una volta chiamate dispepsie nervose, sensitivomotrici, distonie neurovegetative, gastroneurosi e simili. Sta di fatto che le dispepsie funzionali possono essere e sono nella maggioranza dei casi di origine nervosa ma possono anche essere legate ad altre condizioni di varia natura.

Per ben comprendere il meccanismo di produzione delle dispepsie, bisogna tener presente la complessità dei fenomeni fisiopatologici dello stomaco.

Al riguardo ha una grande importanza l'antiperistaltismo che rallenta l'evacuazione dello stomaco, e produce il rigurgito, la nausea, il disgusto dei cibi: può essere emotivo o riflesso, funzionale (ptosi) o da lesione organica (ulcera, ecc.).

Non meno importante è lo stato di apertura o di chiusura del piloro: incontinenza che produce evacuazione troppo rapida del contenuto gastrico, irritazione del duodeno da parte del succo acido, fame insaziabile o pervertita, ulcerazioni; oppure spasmo che produce ipercloridria da mancanza di riflusso alcalino, dilatazione progressiva della grande curvatura, crampi, anoressia dolorosa, pirosi.

È nota l'influenza dell'iperacidità sulla chiusura del piloro o dell'ipoacidità sulla sua apertura, mentre, invece, gli stessi disturbi producono rispettivamente aumento e diminuzione del tono gastrico e della cinesia muscolare, il che determina circoli viziosi senza fine.

Lo stato di masticazione o di lubrificazione degli alimenti agisce sull'apertura del piloro, e tale azione è rinforzata da quella dell'iper- o dell'iposecrezione mucosa che a sua volta dipende dalle condizioni istologiche della mucosa gastrica e dagli influssi psicomotori e neurosecretori agenti sullo stomaco a mezzo dei plessi vagosimpatici.

Non è a meravigliare che le emozioni determinano modificazioni dell'attività gastrica. Le ipersecrezioni di succo gastrico, lo spasmo o il rilasciamento della tunica muscolare dello stomaco sono concomitanti degli stati emotivi come lo sono le modificazioni vasomotorie e secretorie, le modificazioni del tono muscolare, e gli atteggiamenti propri di ciascuna emozione. Le emozioni provocano sopra tutto antiperistalsi, nausee, iperacidità, rigurgiti, vomiti, anoressia.

I perfezionamenti della tecnica diagnostica consente di accertare la vera causa (ulceri, cancri, gastriti, tumori benigni ed altre lesioni) di disordini gastrici che una volta rimaneva non accertata. Un buon quinto delle « dispepsie funzionali » appartiene così presto o tardi alla patologia organica.

Una condizione che ha molti rapporti con la dispepsia funzionale è la ptosi gastrica. Questa è un vizio di conformazione: costituzionale se si riscontra in individuo con tipo longilineo, con abito astenico o disordini endocrini; acquisito se si manifesta con uno sviluppo eccessivo o a seguito di parecchie gravidanze. Molti ptosici non soffrono alcun disturbo perchè la condizione è ben compensata da una cinesia e da una muscolatura normali. Altri il cui stomaco è atonico, acinetico e si vuota lentamente, hanno senso di peso, nausee, mancanza d'appetito. Questi ultimi sono i candidati alla neurosi gastrica. È la storia banale e penosa delle ragazze magre e alte, delle madri esaurite, degli individui che lavorano troppo o hanno continui dispiaceri, dei sedentari, degli intellettuali pusillanimi.

La diagnosi di dispepsia funzionale si fa per esclusione scartando l'esistenza di affezioni organiche (cancri, tumori benigni, ulceri, diverticoli, stenosi, compressioni estrinseche, gastriti) e rilevando segni di dispepsie secondarie o riflesse, di dispepsie da ptosi, di dispepsie nervose propriamente dette.

Questi segni si riferiscono al temperamento isterico e neurastenico del paziente ed alle sofferenze da lui denunziate.

Per accertare l'inesistenza d'affezioni organiche è indispensabile procedere a tutti gli esami specialmente radiologici e chimici.

Per affermare la diagnosi di ptosi occorre che i disturbi meccanici siano in primo piano: atonia del bassofondo, ipocinesia, lentezza di evacuazione, guazzamento, dolore solare da stiramento del plesso. Tutti questi fenomeni dovrebbero migliorare notevolmente in seguito

all'uso di una cintura adatta o con il riposo a letto.

La dispepsia mista, secondaria, riflessa è, in rapporto ad appendiciti croniche, colecistiti, coliti, retroversioni uterine, affezioni renali. Ma talvolta sia l'eliminazione della ptosi come delle affezioni che provocano il disordine gastrico riflesso non valgono a far cessare la dispepsia. In effetti in tali casi esiste molto spesso un fondo nervoso che mantiene il disturbo gastrico malgrado la soppressione della causa apparente.

La cura di ogni dispepsia consiste naturalmente nel trattamento delle affezioni causali.

Le forme nervose si curano con la psicoterapia con le modalità che il medico ritiene più appropriate ai singoli casi. In genere può attenersi alle norme seguenti:

a) il riposo a letto assoluto con astensione da qualsiasi lavoro muscolare e mentale conviene agli astenici, ai ptosici, agli esauriti, ai deperiti.

b) la cura dell'isolamento e della iperalimentazione conviene nelle neuropatie, nell'anoressia, nel pitialismo, nella neurosi d'angoscia.

c) la cura di persuasione razionale conviene ai fobici, agli ansiosi che hanno un gran desiderio di guarire.

d) l'iperalimentazione pura e semplice è in genere conveniente in tutti i casi ed è più giovevole se fatta in stazioni climatiche o in cliniche.

e) i piccoli pasti ravvicinati, ricchi di calorie, di vitamine e di sali possono essere utili temporaneamente. DR.

Le gastriti croniche.

(S. ZANETTI e G. GUERRERI-D'ANTONA. *La radiologia medica*, novembre 1938).

Gli Autori hanno fatto uno studio accurato delle gastriti croniche sia dal punto di vista clinico sia da quello anatomo-patologico e da quello radiologico mediante lo studio della mucosa gastrica col metodo a piccolo riempimento.

Dal punto di vista clinico gli Autori rilevano la mancanza di una sintomatologia precisa e netta per la gastrite cronica, specialmente quando questa è sola e non accompagnata ad ulcera gastrica o duodenale: in questo ultimo caso prevale la sintomatologia tipica dell'ulcera.

Radiologicamente la gastrite cronica si presenta sotto le due forme atrofica ed ipertrofica con quadri abbastanza tipici: le due forme possono presentarsi anche associate.

Occorre distinguere accuratamente le alterazioni radiologiche da gastrite della parete gastrica.

Gli Autori infine, dopo essersi intrattenuti sui quadri anatomo-patologici che caratterizzano la gastrite cronica nel cadavere e nel vivo (durante gli interventi chirurgici), concludono che l'intervento chirurgico è nettamente indicato nei casi in cui alla gastrite si associa l'ulcera; i casi di sola gastrite invece non sono di stretta pertinenza chirurgica, ma possono essere presi in considerazione alcuni speciali casi nei quali la cura medica prolungata non abbia dato risultati notevoli o quelli in cui il processo di gastrite abbia portato alla formazione di una stenosi pilorica, di una gastrite poliposa, ecc.

F. TOSTI.

Considerazioni sull'achilia.

(M. DEMOLE. *Revue Médic. de la Suisse Romande*. 25 dicembre 1938).

L'achilia è considerata un sintoma utile in alcune diagnosi, ma senza significato nosologico importante in sè stessa. Il fatto poi che la sua cura è puramente palliativa e non può ridare la funzione perduta alla mucosa secernente rende meno interessante l'occuparsi di questo sintoma.

Però l'achilia è un'anomalia che si verifica una volta ogni dieci persone normali e spesso se ne può determinare l'origine. Non è però mai un sintoma isolato, perchè si ripercuote su tutto l'organismo. Diagnosticandolo precocemente si eviteranno ulteriori disturbi. Per questo l'A. ha voluto dedicare all'argomento uno studio accurato.

La parola « achilia » non è corretta, perchè il « chilo » è il contenuto intestinale che penetra nei vasi chiliferi e non ha nulla a che vedere collo stomaco. Ma l'uso ormai generalizzato consiglia a non modificare questa denominazione che è intesa da tutti.

L'achilia implica la scomparsa dell'acido cloridrico libero, della pepsina e la diminuzione della quantità totale di succo gastrico. Praticamente si tiene conto solo dell'acidità, perchè in mancanza di acidità i fermenti gastrici non agiscono. Quindi per quel che riguarda l'attività gastrica si confondono achilia e anacloridria. Si devono considerare come anacloridrie solo i casi in cui l'istamina non provoca secrezione di HCl. Quindi ci sono false anacloridrie caratterizzate da assenza di HCl dopo pasto di prova ma presenza dopo iniezione di istamina. Inoltre ha importanza nell'achilia la quantità totale secreta, perchè nell'anemia di Biermer non si ha più di 50 cc. di secreto in un'ora, mentre i cancerosi ne hanno di più anche se sono achilici.

L'achilia si trova in soggetti normali in proporzione che oscilla dall'8 al 14 %. La gastrectomia ci ha abituati all'idea che si possa fare a meno dello stomaco. Però l'assenza di HCl ha ripercussioni importanti e non trascurabili sulla digestione. Difatti, essa inibisce il primo stadio della disintegrazione delle albumine, per cui è responsabile di alcune manifestazioni allergiche di origine alimentare, che

guariscono colla somministrazione di acido cloridrico durante i pasti. L'azione desensibilizzante delle polveri di peptone e pepsina è forse dovuta all'azione del fermento in casi di forte ipocloridia.

Altri inconvenienti fisiopatologici dell'achilia riguardano il mancato controllo acido della chiusura del piloro (per cui i cibi passano nel duodeno insufficientemente digeriti), l'alterata funzionalità pancreatica per mancata secrezione di secretina duodenale e infine l'invasione del digiuno e del duodeno da parte della flora intestinale. A volte la flora intestinale può giungere alle vie biliari. In quest'ultimo caso è lecito pensare che invece di trattarsi di colecistite con successiva achilia sia proprio l'achilia che è causa di colecistite.

La semeiotica dell'achilia è scarsa: c'è un segno obbiettivo, la lingua di Hunter, liscia, come rasata, e uno funzionale, la diarrea prandiale. Però la diarrea prandiale può avere altre cause, oltre l'achilia. Alcuni achilici soffrono di pirosi e di crampi epigastrici varie ore dopo i pasti.

La gastroscopia è importantissima per la diagnosi: nell'acloridia la mucosa gastrica ha un aspetto press'a poco normale il che non avviene nella gastrite atrofica (che può accompagnarsi in alcuni casi a iperacidità).

L'esame radiologico non dà risultato sicuro; tutt'al più può dimostrare l'esistenza di pliche anche grosse mentre ci si aspettava una atrofia.

Questi rilievi mettono in discussione l'esistenza di achilie funzionali.

Esistono delle *achilie primitive e delle achilie secondarie*.

Achilie primitive: possono essere costituzionali (familiari) e allora compaiono sempre su terreno nevropatico. È primitiva pure l'achilia del m. di Biermer, perchè esiste prima dell'alterazione ematica e persiste dopo il ripristino del sangue al normale anche quando la gastroscopia mostra la scomparsa dell'atrofia a chiazze.

Il Castle ha stabilito che nel succo gastrico normale c'è un principio attivo (fattore intrinseco, ematopoietina) che combinato con un fattore estrinseco (carne specialmente) ricostituisce il principio antipernicioso che poi il fegato conserva come siserva.

Oltre l'anemia di Biermer, c'è un'altra anemia con achilia: l'anemia ipocroma idiopatica o cloranemia achilica. Ematologicamente è un'anemia ipocroma, microcitaria, non ematoblastica, non emolitica con succo acloridrico ma contenente il fattore intrinseco. Si tratta di un'anemia da carenza di ferro, che trova giovamento nel ferro ridotto a dosi alte (anche 2 gr. e più al giorno), e che non migliora colla cura epatica.

Ci sono poi le metanemie, cioè malattie in cui manca l'alterazione ematica, mentre esistono gli altri sintomi (lingua di Hunter, malformazioni ungueali, alterazioni nervose e acloridria). In queste forme si ha giovamento dalla cura o col ferro o col fegato secondo che ci sia o no il principio antipernicioso.

Achilie secondarie si hanno per regime vegetariano (specialmente per mancanza di vitamina A), per abuso di alcool, per l'uso di medicamenti alcalini. Si ha anche achilia in alcuni ipertiroidei in alcuni addisoniani, in alcuni diabetici, in alcuni colecistitici, nella dissenteria, nello sprue ed eccezionalmente nelle ulcere gastro-duodenali e dopo operazioni di gastrectomia.

Per quel che riguarda la terapia, essa è sopratutto sostitutiva, dovrà tener conto dell'esistenza o no di una gastrite.

Bisogna ricordare che in molte manifestazioni intestinali croniche la causa è l'achilia.

Nella cura è necessario dare CHl con pepsina e pancreatina.

C'è anche ora un rimedio alla moda, che va associato ai medicamenti suindicati: la vitamina A.

R. L.

Le cause di emorragia dal retto.

(J. P. LOCKHART. MUMNERY. *The Brit. Méd. Journ.* 7 maggio 1938).

Le emorragie rettali impressionano il malato. Il medico deve poterne accertare la causa e non deve mai limitarsi a prescrivere qualche supposta emostatica senza aver proceduto ad un esame accurato e, tanto meno, può fare una prognosi ottima senza aver riconosciuto in modo sicuro la causa dell'emorragia.

L'emorragia abbondante allarma il malato più di quella scarsa, ma può avere una causa meno grave di quest'ultima. Non bisogna dimenticare che il cancro del retto si può avere anche nei giovani. L'A. ne vide un caso in un bambino di 8 anni.

La causa più frequente di emorragia rettale è rappresentata dalle *emorroidi interne*. Quest'emorragia anche modicissima, ripetendosi ad ogni defecazione provoca spesso uno stato anemico notevole. Le emorroidi interne si riconoscono con facilità esaminando il retto collo speculum. È bene ricordare che l'esistenza di emorroidi non esclude che più in alto ci sia un neoplasma.

Il cancro segue per frequenza come causa di emorragia rettale. Esso dà sangue che è mescolato alle feci (mentre le emorroidi dànno sangue che fuoriesce solo a defecazione terminata). Solo raramente l'emorragia è abbondante; ci sono casi in cui un'emorragia imponente è il primo sintoma del tumore. L'esame digitale del retto permette di fare la diagnosi nell'80 % dei casi. Se l'esame digitale è negativo occorre adoperare il sigmoidoscopio. Questi due esami devono precedere l'esame radiologico.

L'adenoma del retto può esso pure dare emorragia.

Altre cause di emorragia rettale sono l'ulcera duodenale (che dà melena) e l'ulcera del diverticolo di Meckel.

L'angioma del retto o del sigma può dare emorragia rettale. Si tratta di una malattia rara, congenita. Se ne conoscono una dozzina di casi.

Le emorragie da *traumi* sono di facile diagnosi; per lo più esse sono meno gravi delle lesioni di cui rappresentano solo un sintoma (così p. e. le lesioni che raggiungono il peritoneo, o la vescica).

La colite ulcerativa e la proctite possono dare emorragie, ma queste spesso passano in seconda linea di fronte alla gravità dello stato settico generale e l'A. non vide mai in questi casi la morte per emorragia anche se essa è imponente.

Per la cura bastano riposo in letto e iniezioni di trombochinasi.

Anche l'*ipertensione* può dare emorragia rettale, la quale è benefica ed agisce come un salasso.

In Egitto è frequente l'emorragia rettale da *Bilharzia haematobia*, che si cura con iniezioni di emetina.

L'emorragia rettale può anche essere una complicazione di ogni *intervento chirurgico* sul retto. Per lo più si ha otto giorni dopo l'intervento. In questi casi si deve subito introdurre nell'ano un tubo di gomma, che è sufficiente ad arrestare l'emorragia quando il vaso che sanguina è un piccolo vaso. Se così l'emorragia non si arresta è necessario tamponare il retto coll'aiuto di uno speculum e mantenervi il tampone per 48 ore, durante le quali si somministrerà morfina.

r. l.

MISCELLANEA.

La morte mprovvisa durante il nuoto.

(GÜTTICH. *Medizinische Klinik*, 6 genn. 1939).

Per antica consuetudine si suole consigliare agli otopazienti, che abbiano bisogno di una cura climatica, di andare in montagna e non al mare. Ma non è mancato chi ha negato l'infallibilità di questa specie di dogma. Così Körner raccomanda i bagni di mare non solo ai bambini affetti da ipertrofia tonsillare e da ingorghi glandulari, ma anche a quelli affetti da otite media purulenta cronica. Naturalmente si deve essere cauti specie quando, pur essendo il processo completamente guarito, rimane una perforazione della membrana del timpano, come suole accadere dopo il morbillo e la scarlattina. Tali pazienti devono evitare la penetrazione dell'acqua sia marina che dolce nell'orecchio, la quale provoca facilmente la riaccensione del processo infiammatorio. È perciò consigliabile d'introdurre nell'orecchio leso dell'ovatta paraffinata e di evitare i tuffi.

I tuffi poi costituiscono uno speciale pericolo nelle gare sportive per quegli individui che hanno sofferto otite media purulenta con perforazione del timpano, la quale si è chiusa con una cicatrice delicata. In tali casi all'esame otoscopico si vedono punti oscuri che sono erroneamente interpretati come zone di atrofia. In realtà si tratta di una perdita di sostanza della membrana ricoperta di un sottile strato di epidermide e di mucosa, che non oppongono alcuna resistenza agli aumenti anche lievi della pressione. Ora nei tuffi alla profondità di 3-4 metri la pressione esercitata dall'acqua è tale da rompere una cicatrice così delicata. Contemporaneamente si ha anche un atto riflesso di deglutizione, perchè un po' d'acqua entra anche attraverso le narici; in conseguenza le trombe si aprono e l'acqua penetra nell'orecchio medio. Tutto ciò naturalmente avviene in grado molto minore di quanto avviene nella perforazione totale della membrana. In questi individui le trombe sono per lo più straordinariamente ampie, e non di rado si vede l'acqua iniettata con la sonda passare attraverso la tromba nel nasofaringe.

A seconda della temperatura dell'acqua, e rapidamente con quella fredda, lentamente con quella calda, si ha per eccitamento dei canali semicircolari nistagmo, contrazione con reazione di deviazione di tutto il sistema muscolare. Tutto ciò avviene in pochi secondi negli individui sottoposti ad operazione radicale. Se si inietta nell'orecchio medio acqua a circa 16° dopo 4-5 secondi compare il nistagmo.

Se si fa nuotare un animale al quale sia stata prodotta l'eccitazione di un labirinto, si osserva forte incurvamento del tronco e tensione dei muscoli controlaterali. In tali condizioni l'animale non è più in grado di nuotare sempre diritto, ma descrive un arco, a poco a poco sommerge la metà del capo dalla parte del labirinto eccitato e poi tutto il capo, gira sotto l'acqua, fa movimenti circolari come di avvitamento e muore.

Non è dubbio che quest'esperienza può aver valore anche per l'uomo. Se un individuo nuotando riceve nell'orecchio dell'acqua fredda ha un accesso di vertigine e la sua testa tende a sommergere, ma egli sa apprezzare se si trova sopra o sotto il livello dell'acqua trovandosi al limite di separazione tra l'aria e l'acqua. Ben altrimenti procedono le cose quando l'eccitamento labirintico avviene durante il nuoto sott'acqua o durante il tuffo. Talvolta a causa del nistagmo riesce poco facile orientarsi con la vista. Occorre un notevole sforzo di volontà per ritornare a galla.

Uno studente durante un alterco ricevette un pugno sull'orecchio e per liberarsi dall'avversario si buttò nel Reno lanciandosi da un trampolino molto alto con un tuffo di testa. Nel fondo sentì che l'acqua gli penetrava nell'orecchio con violenza, ebbe un accesso di vertigini, ma potette tuttavia riportarsi a galla.

i suoi compagni notarono che nel nuotare egli faceva movimenti solo con una metà del corpo e pensando che poteva essere sommerso da un'ondata violenta corsero a salvarlo. All'esame otoscopico si riscontrò una lacerazione della membrana timpanica. Esisteva inoltre un'eccitazione dell'orecchio medio. La reazione calorica dell'orecchio sano era normale. Con opportuni esami si potè stabilire che egli aveva la stessa sensazione vertiginosa quando immergeva la testa in acqua fredda.

Poichè l'acqua del Reno al di sotto della sua superficie ha una temperatura inferiore a 16° si spiega come lo studente abbia potuto avere la reazione dei canali semicircolari che poteva costargli cara.

Un altro studente raggiunse con un tuffo la profondità di quattro metri: avvertì un dolore di breve durata nell'orecchio medio, sentì che l'acqua gli penetrava nell'orecchio, ebbe un accesso di vertigini ed un senso di stanchezza. All'esame si trovò nell'orecchio malato una lacerazione della membrana ed una cicatrice atrofica.

Non è dubbio che questi fatti spiegano, almeno in parecchi casi, le morti improvvise che si verificano durante il nuoto. L'eccitazione labirintica produce disturbi tali da far perdere al nuotatore il controllo di sè stesso, e da determinare disordini dei movimenti che provocano l'annegamento.

Da ciò la necessità, per coloro che hanno perforazioni o cicatrici della membrana dell'orecchio, di introdurre nel condotto uditivo ovatta paraffinata prima d'immergersi nell'acqua, e specie quando vogliono fare tuffi o nuotare sott'acqua. Dr.

La tecnica della puntura sternale, il suo valore clinico con speciale referenza alla sua utilità nella diagnosi del kala-azar.

(Huci-Lang Giung. *The Chinese Medic. Journ.*, novembre 1938).

La puntura sternale è di applicazione più pratica della trapanazione tibiale ed ha veramente notevole valore diagnostico in molte forme di anemia. Essa va fatta sul corpo dello sterno, e non sul manubrio, perchè lì si ha più facilità di raccogliere frammenti midollari.

Mentre altri hanno praticato la puntura dello sterno introducendo l'ago perpendicolarmente alla superficie dell'osso, l'A. fa la puntura introducendo l'ago con un'inclinazione di 30-40° sulla linea mediosternale a livello del 2° o 3° spazio intercostale.

Nei bambini l'anestesia locale è superflua; negli adulti qualche volta è necessaria e basta la novocaina. Perforata la lamina anteriore introducendo l'ago con movimento rotatorio, si aspira con una siringa da 5-10 cc. in cui si è introdotto un liquido anticoagulante. Spesso basta aspirare mezzo centimetro cubico di liquido midollare, perchè bastano poche gocce per fare degli strisci e il resto può servire, se si vuole, per culture in terreno N.N.N.

La ferita da puntura va poi coperta con garza sterile, asciutta. Il pericolo di perforare lo sterno da parte a parte non esiste se la puntura è fatta lentamente e con movimento rotatorio.

Sul principio l'A. si servì di un comune ago per venopuntura. Questo era sufficiente per la diagnosi di Kala-azar, ma non sufficiente per un esame ematologico del midollo sternale, perchè spesso veniva ostruito da particelle solide. Attualmente adopera un ago da puntura lombare raccorciato a 5 cm.

Se la puntura è positiva, lo strisciare una goccia del fluido dà la sensazione tattile e il rumore di granuli di sabbia compressi e strisciati fra i due vetrini. Al microscopio lo striscio mostrerà megacariociti, cellule reticulo endoteliali ed elementi immaturi bianchi e rossi in differente stadio di sviluppo. Nei casi di Kala-azar, le leishmanie che si rinvengono sul preparato sono numerose, fino a 30-40 abitualmente e qualche volta anche 200-300 per campo.

Dal 1936 l'A. ha praticato 350 punture sternali in 300 malati, in maggioranza sospetti di leishmaniosi ed ebbe soltanto 2-3 insuccessi nei primi tempi. Fu fatta così la diagnosi di Kala-azar in 171 casi e i soggetti erano in età da 1 a 60 anni.

Secondo l'A. la puntura sternale è il miglior metodo diagnostico pel Kala-azar, da usarsi in ospedali, ambulatori e stazioni sanitarie rurali e può essere usato senza pericolo anche nei malati con tendenza alle emorragie, mentre la puntura della milza e del fegato può essere pericolosa nei malati di leishmaniosi e sarà fatta solo in casi speciali. In alcuni casi, che l'A. illustra, la puntura sternale è stata di grande aiuto perchè ha dato esito positivo, mentre l'esame del sangue era stato negativo. *r. l.*

I dolori renali.

(Marion. *Journal des Praticiens*, 7 gennaio 1939).

I dolori provocati dalle affezioni renali sono di tre specie: locali, irradiati, riflessi.

I dolori locali sono localizzati nella regione lombare, ossia nella parte alta della parete addominale al disotto della dodicesima costola, sia indietro che in avanti sopra e sotto la linea ombelicale.

Tali dolori hanno irradiazioni che possono indurre in errore. La più frequente è l'irradiazione ureterale che determina sensazioni più o meno penose lungo l'uretere nella regione laterale dell'addome con direzione in basso e in dentro. Ma oltre a questa irradia-

zione se ne possono avere altre lontane: *a*) dolori nella regione glutea omolaterale; *b*) nella regione genito-crurale con dolori perfino localizzati al testicolo e, particolarmente intensi, alla vulva. Questi dolori sono dovuti all'irritazione dei nervi che passano nelle vicinanze del rene e si distribuiscono a parti lontane: rispettivamente la branca glutea del dodicesimo nervo intercostale, il nervo addomino-genitale, il nervo genito-crurale.

I dolori riflessi sono: *a*) il dolore reno-renale avvertito al rene sano mentre il rene affetto può essere anche indolente; *b*) il dolore rene-vescicale con disturbi della minzione; *c*) il dolore reno-addominale che può assumere perfino la sindrome di un'occlusione intestinale.

Il dolore può sopravvenire a crisi, improvviso, violento, che dura più o meno a lungo e si attenua lentamente o cessa d'un tratto lasciando una leggera dolenzia che a poco a poco scompare anch'essa. Oppure può essere continuo senza esacerbazioni durando spesso solo una giornata. L'intensità di questi dolori è molto varia facendo spasimare e costringendo a letto l'infermo o consentendogli anche di continuare a lavorare.

Con l'esplorazione si può in certo modo avere la probabilità dell'origine renale del dolore. Al riguardo sono stati indicati punti che diventerebbero dolenti alla pressione quando la lesione è renale: punto costo-lombare che si trova nell'angolo formato dalla dodicesima costola con la massa sacro-lombare; punto paraombelicale situato a tre dita trasverse dall'ombelico, punto che corrisponde al bacinetto ed alla parte superiore dell'uretere; punto ureterale medio localizzato nella parte mediana della linea ombelico-iliaca un po' all'interno del punto di Mac Burney, ed infine i punti gluteo, testicolare, vulvare.

Ma tal volta i risultati di tale esplorazione non sono netti e lasciano dubbi.

Comunque vi sono due affezioni che bisogna immediatamente scartare in presenza di un dolore che i malati riferiscono ai reni. In primo luogo bisogna tenere presente i dolori sacro-lombari, localizzati più in basso di quelli di origine renale nella regione sacroiliaca: sono i dolori a fascia caratteristici della lombaggine. In secondo luogo si terranno presenti i dolori molto simili a quelli di origine renale, ma accompagnati da un contegno particolare del malato che è molto circospetto nel muoversi, nel sedersi e nel coricarsi si aiuta con le braccia, e nell'inclinare tiene la colonna verticale rigida: si tratta di lesioni vertebrali tubercolari, neoplastiche. Al riguardo è a rilevare che la limitazione dei movimenti non esiste mai nelle affezioni renali che al contrario provocano nelle crisi dolorissime movimenti disordinati di tutto il tronco.

Un'altra affezione che può simulare un'affezione renale è l'appendicite cronica specie quando l'appendice è abnormemente spostata nella regione lombare.

Anche le affezioni intestinali possono simulare un'affezione renale. Spesso la diagnosi differenziale è molto delicata: i caratteri del dolore ed i sintomi concomitanti conducono all'accertamento esatto.

Vi sono colecistiti che possono scambiarsi con lesioni renali: talvolta solo l'esame dell'urina dà risultati che consentono di evitare errori.

Vi sono casi di crisi dolorose molto violente nelle quali riesce impossibile localizzare il dolore. Si penserà anche a fenomeni di occlusione intestinale perchè vi sono coliche nefritiche così violente da produrre fenomeni riflessi a carico dell'addome con vere occlusioni intestinali.

In ogni caso in presenza di un malato con dolori renali è indispensabile l'esame delle urine che può rilevare l'esistenza di ematuria o di piuria.

Quando le urine non sono purulente e non c'è febbre si dovrà pensare alla calcolosi, all'idronefrosi di varia origine (vasi anormali, rene mobile), ad anomalie renali, all'esclusione funzionale di un rene dipendente da cicatrizzazioni, lesioni antiche, occlusione totale dell'uretere. L'esame radiologico, indispensabile, condurrà all'esatta diagnosi. E quando tutte le dette affezioni si potranno escludere si penserà ad una nefrite dolorosa.

Quando le urine non sono purulente ma esiste febbre si penserà agli ascessi corticali del rene o al flemmone perinefritico. Negli ascessi corticali il rene è aumentato di volume, deformato, dolente. Nel flemmone perinefritico il rene non è palpabile, ma si constaterà nella regione lombare un piastrone duro, ligneo.

Quando le urine sono purulente ma non si ha febbre o si ha una febbre leggera è necessario l'esame batteriologico delle urine. La presenza di bacili di Koch deporrà per la tubercolosi renale. La presenza di colibacilli, stafilococchi, streptococchi, ecc deporrà per la pielonefrite cronica, la calcolosi infetta, la pionefrosi, il neoplasma infetto. I sintomi concomitanti (rene grosso, ematuria), l'esame separato delle urine, la radiografia, la pielografia preciseranno la diagnosi.

Quando esiste febbre bisogna pensare alla pielonefrite acuta e se il rene è voluminoso e nelle urine c'è pus alla pionefrosi.

Va infine notato che vi sono affezioni renali tra quelle enumerate che possono decorrere senza manifestazioni dolorose, e sono quelle nelle quali non si ha occlusione improvvisa dei bacinetti o distensione rapida della capsula renale. Vi sono casi nei quali il rene si distrugge completamente o sopporta calcoli molto voluminosi, ma non obliteranti, senza la minima reazione dolorosa.

DR.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

L. BOBBIO. *Prima e dopo l'operazione chirurgica.* Un. Tip. Editr. Torinese, pag. XI-431. L. 40, 1937.

L'A. si è proposto, come egli stesso ci dice, di svolgere i seguenti temi: « lo studio della resistenza del malato e quindi il modo di ovviare alle sue eventuali deficienze, onde prepararlo convenientemente all'intervento chirurgico; lo studio delle alterazioni apportate dall'intervento; l'assistenza normale all'operato e la trattazione delle complicazioni post-operatorie, sotto l'aspetto dottrinale, ma sopratutto pratico ».

L'opera (un volume in-8° di 431 p.) è divisa in 4 parti: la prima tratta della preparazione dell'ammalato all'intervento chirurgico; la seconda della fisiopatologia dell'operato, la terza dell'assistenza ordinaria dell'operato e la quarta delle complicazioni post-operatorie con la loro profilassi e la loro cura. In una *Appendice* sono riassunti la tecnica degli esami clinici e di laboratorio più usati e più sicuri per la valutazione della resistenza organica dell'operando e dell'operato.

Sorvolando i casi d'individui sani e robusti, nei quali basta un esame sommario e la ricerca dell'albumina e dello zucchero nelle urine, l'A. s'intrattiene su quelli sopratutto di chirurgia viscerale, per la scelta dell'anestesia. nei quali quindi è indispensabile l'esame completo delle funzioni organiche dell'operando. Speciale attenzione rivolge agli anemici, emofillici, obesi, malati delle vie respiratorie, cardiopatici, oligurici, iper. ed ipotesi, intossicati di ogni specie, ecc.

Il materiale di studio è così denso e tanto interessante è la sua trattazione, che non è possibile riassumere brevemente tante utili notizie. Uno dei capitoli più interessanti è quello che si occupa dell'esame del sangue nelle affezioni chirurgiche; quello sulle malattie del cuore e del circolo; sulla funzionalità renale, su quella epatica e sulla preparazione dei diabetici. I basedowiani e gli addominali acuti, i nevropatici del sistema vegetativo attirano specialmente l'attenzione.

L'A. passa quindi a trattare della preparazione generica dell'operando, nella quale è interessante la scelta del metodo di anestesia, fatta in base alla sede ed alla natura dell'intervento. Sono norme generali, assai giudiziose e utili, ma purtroppo ogni chirurgo ha le sue simpatie e la sua esperienza e quelle abitudini, alle quali difficilmente rinuncia, spesso anche per ragioni d'ambiente.

La *fisiopatologia dell'operato* tratta del trauma operatorio e dei suoi effetti sù tutti gli apparati e organi. Questa parte è di somma importanza per il chirurgo e molti ne trarranno grande utilità, specialmente coloro che avessero contratto per abitudine e faciloneria congenita, soverchia fiducia nei loro metodi e nell'arte loro.

La parte terza è dedicata all'assistenza normale dell'operato e pur essendo semplice e piana ha delle note, delle osservazioni, dei consigli così savi ed opportuni, che ognuno potrà trarne profitto.

La parte quarta, per la sua estensione e per gli argomenti che tratta, può dirsi sicuramente la più importante. Vi si studiano gli incidenti e le complicazioni delle diverse anestesie, le complicazioni locali, quelle generali, quelle viscerali e finalmente quelle particolari ad alcuni interventi. È una vera miniera di notizie preziose, che contribuiscono a facilitare il compito, già per sè stesso tanto arduo, dell'operatore e dei suoi assistenti.

Questo libro sarà letto con profitto anche dai chirurgi provetti, ma non può mancare sul tavolo dei semplici iniziati e dei novizi. All'A., che ha avuto soltanto la mira di riuscire utile al maggior numero di studiosi e di pratici, le nostre più vive congratulazioni per la sua opera veramente meritevole.

T. FERRETTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

L. MAGGIORE *Manuale di oculistica.* Editore F. Vallardi. Milano, 1938.

Il nuovo libro che arricchisce la collana medica della rinomata casa Editrice Milanese, è un volume di oltre 700 pagine con circa 500 figure, comprese numerose tavole colorate.

Il volume è preceduto da una deferente dedica alla memoria del compianto prof. senatore Cirincione, del quale l'A. è stato discepolo devotissimo, ed è diviso in 19 parti.

La prima riguarda l'anatomia e la fisiologia dell'apparato visivo; la seconda i caratteri della funzione visiva ed i mezzi per determinarli; la terza la semeiotica; la quarta le proprietà farmacologiche delle principali sostanze usate nella diagnostica e nella terapia oculare; le parti V-XVI sono dedicate alla patologia e clinica oculare; le parti XVII e XVIII all'ottica fisiologica, alle anomalie della refrazione ed alla loro correzione; la XIX alla fisiologia e patologia dell'accomodazione.

Il manuale ha un'impronta schiettamente personale, pur ricordando e valorizzando le importanti ricerche compiute dagli oculisti italiani, ai quali molto deve il progresso della scienza ottalmologica. Un trattato quindi di impronta eminentemente italiana.

La trattazione delle singole parti è fatta con grande chiarezza, e con una documentazione iconografica ricchissima, sia per quanto ri-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

guarda la parte clinica, sia per quanto riguarda i numerosi richiami istologici. L'A. infatti, si è preoccupato di fondare tutte le deduzioni di carattere clinico sulla base istopatologica, seguendo, in questo, l'indirizzo della Scuola alla quale appartiene.

Il lettore troverà aggiornata la materia fino agli argomenti più recenti, quali per es. la genesi e la terapia chirurgica del distacco retinico, le affezioni oculari di origine nasale o sinusale, l'estrazione intracapsulare della cataratta, ecc.

Inoltre è brevemente trattato il capitolo delle sindromi oculari nelle malattie generali, ecc.

Particolare rilievo merita infine il capitolo dei vizi di rifrazione, che è proceduto da un complesso di indispensabili ricordi di ottica fisica e fisiologica.

Gli studenti ed i medici pratici troveranno in questo manuale del prof. Maggiore una guida utilissima perchè l'A. si è preoccupato di dare al suo volume un indirizzo assolutamente pratico. D'AMICO.

R. GOLDHAHN. *Die Operation in der Sprechstund.* Un volumetto di 180 pag. Ed. G. Thieme. Leipzig, 1938. Prezzo RM. 6,80.

È questa la 2ª edizione del manualetto del Goldhahn di cui abbiamo già avuto occasione di recensire su questo giornale un altro lavoro, anche a carattere pratico, sulle indicazioni all'intervento chirurgico.

In questo volumetto sono descritte in maniera pratica e chiara, i più comuni interventi che possono essere praticati nell'ambulatorio del pratico: là dove è richiesto la trattazione è accompagnata da opportuni ricordi anatomici e diagnostici. Ma ciò che a noi è parso più importante, è anche detto questo volume ciò che il medico pratico *non* deve fare e quando la sua opera deve cessare per cedere il posto a quella del chirurgo.

Un altro vantaggio non indifferente per il pratico è che sono bene messi evidenza nella trattazione i principali errori in cui può incorrere quasi fatalmente il poco esperto operatore.

È dunque questo un bel volumetto che merita il successo avuto in Germania (due edizioni in sei mesi). G. LA CAVA.

EMILIO S. SAMMARTINO. *Proyecto de organizacion y reglamentacion de la trasfusion de sangre en la ciudad de Buenos Aires.* Edit. Guidi Buffarini. Buenos Aires. 1938.

L'A. ha raccolto, in questa monografia, una serie di articoli da lui stesso pubblicati nella « Prensa medica argentina ». Esercitándo come interno nell'Ospedale Durand la medicina e chirurgia d'urgenza, ha potuto convincersi della necessità di creare per una città come Buenos Aires, un servizio di trasfusioni sanguigne: così è sorto il primo servizio municipale di trasfusione. Benchè studiato per la capitale argentina, il progetto è adattabile a qualsiasi grande o piccola città; ben cognito essendo oggidì il fatto che l'operazione della trasfusione, ridotta ai più semplici termini, è divenuta di uso comune e dando luogo ad insperati risultati dovrebbe essere utilizzata in qualsiasi ospedale o centro ospedaliero o centro di assistenza medico-chirurgica. All'uopo necessita una perfetta organizzazione che possa mettere una così preziosa terapia a disposizione di ogni medico pratico.

Il Sammartino pertanto si occupa dell'organizzazione, dei locali e della loro ubicazione, del materiale, del personale, delle fonti provveditrici del sangue, datori volontari o ricompensati, dei depositi di sangue conservato ecc., nonchè del finanziamento del Centro. Il libretto può costituire per molti una fonte di utili insegnamenti, abbenchè per noi che abbiamo la perfetta organizzazione dell'Associazione volontaria del sangue, molti dei postulati del Sammartino, appartengono ad impostazioni da tempo risolte ed oltrepassate.

MONTELEONE.

V. VEAU. *Bec de Lièvre (Formes cliniques. Chirurgie).* Masson et C.ie. éditeur, 1938, pagg. 324, fig. 1214. Prezzo frs. 100.

L'A. in questo libro si occupa esclusivamente della clinica e terapia del labbro leporino.

Egli in questo campo continua la ricerca già iniziata dal suo maestro Jalaguier di tecniche chirurgiche che dessero come reliquato il minimo di deformità estetiche.

L'opera ha il grande pregio di essere esclusivamente il frutto della esperienza personale. L'A. infatti riferisce ben 1210 casi di labbro leporino dei quali 300 furono operati da altri chirurgi e capitarono alla sua osservazione solo in secondo tempo.

L'opera si divide in tre parti:

Nella prima l'A. illustra le varie forme cliniche della deformità, nella seconda espone le tecniche usate dai vari chirurgi mettendone in rilievo i difetti, e nella terza descrive i metodi ai quali egli è pervenuto dopo una non comune esperienza personale, sia di casi di labbro leporino semplice monolaterale, che di casi complessi di labbro leporino bilaterali, sia semplici che completi.

Nella terapia del labbro leporino bilaterale egli apporta innovazioni del tutto personali sulla tecnica operatoria, dimostrando che le tecniche fin qui usate non possono dare risultati esteticamente soddisfacenti per l'inadeguato trattamento del tubercolo medio. I risultati di Veau sono superiori a quelli ottenuti con le altre tecniche. Il volume è ricco di 1214 illustrazioni, che sono di grande aiuto nella comprensione dei tempi operatori delle varie tecniche.

In complesso il libro di Veau va letto non solo dai chirurgi specialisti ma merita di essere conosciuto e studiato da tutti i chirurgi che vogliono essere al corrente delle possibilità terapeutiche e dei dettagli tecnici concernenti il labbro leporino.

G. MONTEMARTINI.

Krebsbehandlung und Krebsbekämpfung. Un volumetto di 90 pag. Ed. Urban und Schwarzenberg. Berlino, 1938. Prezzo RM. 2,50.

È un volumetto di propaganda, edito dal comitato regionale di Brema per la lotta contro i tumori e alla cui compilazione hanno collaborato noti chirurgi e specialisti tedeschi. È ormai notorio che una terapia del cancro, per essere efficace, deve necessariamente essere precoce, e questa precocità di intervento è in massima parte dipendente dalla preparazione e cultura del medico pratico che per primo vede l'ammalato. È superfluo dunque insistere sulla utilità di queste pubblicazioni, le quali raccolgono in forma concisa e da un punto di vista eminentemente pratico, le idee più recenti sulla etiologia e sulla tecnica terapeutica del cancro nelle sue varie localizzazioni.

Molto in questo campo si va facendo anche in Italia, sotto l'impulso dato dal Bastianelli alla « Lega contro i tumori » con la creazione, voluta dal Regime, degli Istituti per la cura dei tumori, e mediante pubblicazioni e corsi di cultura annuali, cui la classe medica dovrebbe corrispondere con un entusiasmo maggiore di quello che non abbia dimostrato finora.

In nessun altro campo della medicina come in questo lo sviluppo culturale dei medici è così necessario ai fini di una efficace terapia!

G. LA CAVA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Italiana di Gastro-Enterologia.

Sezione Emiliana.

Seduta Scientifica del 22 dicembre 1938-XVII.

Presidenza: Prof. GAMBERINI.

Iª COMUNICAZIONE: Dott. GIUSEPPE MACCHIAGODENA (Coriano, Forlì). — *Acalasia esofagea e cardiospasmo. Contributo clinico.*

IIª COMUNICAZIONE: Prof. FILIPPO MODONESI e Dott. ALESSANDRO BUSCAROLI (Bologna). — *Neurosi dell'esofago e dello stomaco.*

Gli AA. rilevano l'importanza dell'argomento illustrando il nesso che tali sindromi possono presentare colla costituzione individuale, ed a convalida presentano due soggetti con ipercinesi circoscritta essenziale, rispettivamente dell'estremità inferiore dell'esofago e del corpo dello stomaco.

Discussione: BOSCHI, MONARI, RIETTI, GAMBERINI.

IIIª COMUNICAZIONE: Prof. ALBERTO POSSATI (Bologna). — *Quanto tempo può occorrere per la formazione e la visibilità di calcoli calcificati nella cistifelea.* — L'O. illustra dati radiologici di alcuni malati di calcolosi delle vie biliari in cui esami radiologici precedenti di circa due anni, fatti con uguale accuratezza, e che quindi si prestano al più esatto confronto, non avevano dimostrato assolutamente presenza di calcoli.

Discussione: MONARI, BOSCHI, GAMBERINI.

IVª COMUNICAZIONE: Dott. AUGUSTO MONARI (Bologna). — *Alcuni dati sulla colecistografia nella stazione eretta.* — L'O. dopo aver illustrato alcuni reperti radiografici, conclude asserendo, in pieno accordo con quanto è già stato riferito da altri, che per le indagini colecistografiche la proiezione basale deve essere considerata quella eseguita ad infermo prono, dorso-ventrale; e che la colecistografia nella stazione eretta va a tutt'oggi giudicata un espediente di tecnica da cui si possono trarre ben modesti dati pratici.

Discussione: POSSATI.

Vª COMUNICAZIONE: Dott. ENZO FORTI (Molinella). — *Sintomatologia non comune nello svolgimento di appendiciti acute.* — L'O. riferisce su due casi clinici in cui rileva l'insorgenza di fatti appendicitici acuti con brividi, e nei quali le appendici, ammalatesi acutamente furono trovate piene di pus. Data la stretta interdipendenza dell'appendicite purulenta ed i brividi ed il quadro morboso con prevalenza di disturbi generali, si può parlare di « sindrome setticemica da appendicite purulenta? ». L'O. spiega per quali ragioni propenda per tale giudizio, non ostante la negatività delle emoculture. Per ciò tali forme devono far porre prognosi grave.

Discussione: BOSCHI, MANTOVANI, GAMBERINI.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Metastasi carcinomatosa del cervello con sindrome di Charcot-Adam-Stokes e crisi oculogire.

H. Marcus, E. Sablgren e H. Bjerlöv (*Acta Medica scand.*, fasc. I, II, 1938) hanno descritto il caso di una donna 51enne, operata un anno prima per cancro della mammella destra, e che presentava metastasi in una costola e in una vertebra toracica. Due mesi dopo presentò sintomi nervosi rappresentati da crisi oculogire associate a perdita di coscienza. L'ammalata era diventata fortemente bradicardica. L'esame elettrocardiografico aveva dimostrato l'esistenza di un ritmo irregolare e precisamente un'aritmia sinusale con accessi di bradicardia (40 al 1') e a volte arresto di qualsiasi contrazione anche per 4''. Il quadro per quel che riguarda il complesso ventricolare è quello di un blocco intraventricolare parziale. L'ammalata morì per paralisi respiratoria.

L'autopsia mostrò l'esistenza di un tumore posto vicino al *flocculus* sinistro del cervelletto e che comprimeva il midollo allungato a livello del *foramen magnum* e allo stesso livello dava pinzettamento del nervo vago. L'esame istologico diede un carcinoma tipico che comprimeva i tronchi nervosi e specialmente il pneumogastrico all'uscita dal bulbo. Il pneumogastrico aveva anche degenerazione delle sue fibre mieliniche. Il neoplasma invadeva la tela coroidea e i plessi coroidei. Nel midollo allungato c'era un nodulo metastasico che occupava il nucleo posteriore del vago sinistro. Inoltre c'era un rammollimento di origine vascolare nella parte destra della protuberanza anulare (ponte di Varolio) vicino ai nuclei e alle fibre conduttrici dei muscoli oculari.

La frequenza delle metastasi cerebrali dei cancri di altri organi è, secondo Olivecrona (della Clinica Mayo) del 5 % del numero complessivo di tumori cerebrali e la stessa cifra dà pure Krasting, mentre il 2,50 % indicano Roussy e Cornil e il 3 % Cushing.

Qualche volta si sono operati tumori cerebrali metastasici ritenendoli primitivi, perchè la sede originaria del tumore era sfuggita.

Secondo gli AA. il numero dei casi di carcinomi con metastasi cerebrali è superiore a quello che appare, ed esso aumenterebbe nettamente se si facesse l'esame istologico di tutti i cervelli di morti di cancro di qualsiasi organo.

Sulla genesi delle metastasi cerebrali i pareri sono discordi: secondo alcuni si hanno per via sanguigna, altri per via linfatica.

Nel caso degli AA. non è facile dire quale è stata la via seguita, ma è probabile che sia stata la linfatica. L.

Il trattamento dell'emicrania.

In una riunione sul trattamento del dolore, tenutasi al Collegio medico dell'Università di Cornell, H. G. Wolff (*Journ. amer. med. ass.*, 17 dicembre 1938) ha indicato come droga molto efficace il tartrato di ergotamina, di cui ha controllato sperimentalmente l'azione, dimostrando che essa riduce del 50 % le pulsazioni della carotide.

In presenza di un attacco di emicrania, egli consiglia al paziente di mettersi in una camera buia, rimanendovi per un paio d'ore almeno e l'iniezione endomuscolare di mg. 0,5 di tartrato di ergotamina; essa può anche essere data per via endovenosa, nel qual caso agisce più rapidamente (10-40 minuti, invece di 30-50); non darla per via orale, sia perchè l'azione è meno sicura, sia perchè altrimenti il paziente sarebbe tratto a prenderla troppo spesso.

L'accesso può anche essere prevenuto, nel senso che alle prime avvisaglie, il paziente si mette sotto la lingua 3 mg. di tartrato di ergotamina, ripetendo la dose di 2 mg. ogni ora fino ad un massimo di 11 mg.

Il rimedio non va somministrato più di una volta la settimana ad individui con malattie cardio-vascolari (ivi compresi il morbo di Raynaud, la trombosi venosa, l'arterite sifilitica), epatiche o renali, alle gravide e ad individui cachettici, od in stato di carenza di vitamina C. *fil.*

Un nuovo trattamento della poliomielite.

G. M. Gray (*Brit. med. journ.*, 24 dicembre 1938, suppl.) riferisce sulle prove fatte con il nuovo trattamento della poliomielite, proposto ed attuato da una suora australiana, Elizabeth Kenny. Il metodo ha lo scopo di mantenere l'impulso partente dal cervello, mediante la idroterapia e dei movimenti precoci, passivi ed attivi. La circolazione viene attivata alternando i bagni caldi con i freddi; a quanto sembra, l'acqua calda tende a calmare i dolori; una volta scomparsi questi, si fanno lievi movimenti passivi e, possibilmente, attivi.

L'A., però, non ha ottenuto i brillanti risultati che dice di avere avuto Suor Kenny. Nell'ospedale infantile da lui diretto vi sono dei casi in cura da 18 mesi; alcuni hanno realmente migliorato, altri invece sono sempre nelle stesse condizioni. Indubbiamente i casi trattati con questo metodo erano quelli più gravi; qualcuno di quelli « residui » ha avuto un certo miglioramento, ma è rimasto sempre uno storpio.

Comunque, il metodo non è da disprezzare, in quanto che con esso si mantiene uno stato di discreta nutrizione dell'arto, si previene la formazione di geloni e l'arto viene mantenuto

simmetrico, in modo che il chirurgo si troverà in migliori condizioni quando vorrà praticare l'artrodesi. *fil.*

La mialgia epidemica.

La mialgia epidemica, descritta per la prima volta da Dane in Norvegia nel 1874, venne poi riconosciuta come entità clinica verso il 1888 e chiamata in America « stretta del diavolo ». Scarsa fu l'attenzione che essa richiamò fino al 1930 quando Sylvest diede un particolareggiato resoconto dell'epidemia svoltasi nell'isola di Bornholm, che colpì il 10% della popolazione. Egli descrisse l'inizio improvviso, con i dolori all'ipogastrico, nausea e diffusione del dolore al torace ed alle spalle dopo poche ore; temperatura da circa 38° a a 40°; durata di pochi giorni, incidenza stagionale in estate ed autunno; ricadute frequenti.

Dal 1934, si ebbero parecchie epidemie agli Stati Uniti. In una, verificatasi a Cincinnati, MacDonald ed associati osservarono lo stesso quadro di Sylvest, in pazienti non oltre i 15 anni; fra i sintomi, era frequente la costipazione; nel sangue, leucopenia. Negative le ricerche batteriologiche, mentre altri autori (Cooper e Keller) isolarono uno streptococco simile al *viridans* ed altri invece in virus filtrabile. F. Wolter, in un'epidemia in Germania, trovò colore scuro dell'urina, che attribuisce a creatinina, che deriverebbe da modificazioni dei muscoli; egli trova analogie con la poliomielite epidemica.

C. R. G. Howard (*British med. journ.*, 10 dicembre 1938) descrive 5 casi in individui dai 15 mesi ai 26 anni, in cui nel quadro clinico dominavano: inizio subitaneo, con dolori addominali e malessere, estensione del dolore al torace, specialmente al margine costale destro e poi a tutto il torace ed alle spalle; temperatura da 37°,2 a 39°,4; in 3 casi, tenesmo; in 4 casi, ricaduta al 3°-5° giorno; periodo d'incubazione, in 2 casi, di 8-10 giorni. Durata, circa una settimana, con dolori assai tormentosi specialmente nelle inspirazioni profonde e nel ridere; malgrado il bisogno, impossibilità di una defecazione soddisfacente. L'A. non ha somministrato altri medicamenti che un po' di aspirina. *fil.*

NOTE DI TRAUMATOLOGIA

Lesioni tipiche da sport invernale.

F. Jaeger (*Mediz. Klin.* n. 2, 1939), rileva che, in rapporto al grande numero degli appassionati dello sport, la percentuale degli incidenti è bassa, intorno all'1 ‰. Negli sciatori le lesioni avvengono soprattutto se l'organismo non è adatto allo sport o non è esercitato, all'inizio dello sport (muscoli ancora torpidi) o verso la fine dello stesso (muscoli affaticati). Le lesioni sono su per giù egualmente frequenti nei principianti e nei provetti: nei primi però prevalgono le lesioni tipiche da sci, nei secondi si hanno soprattutto traumi diretti, fratture gravi. In tutte le lesioni tipiche degli sciatori la torsione ha una parte importante. Se uno degli sci subisce un improvviso arresto nel momento di una rapida girata si determinano lesioni all'articolazione del ginocchio, ai malleoli, alla gamba e più raramente alla coscia: le fratture sono sempre a spirale. Particolarmente frequenti sono le distorsioni del ginocchio, gli stiramenti o le lacerazioni del legamento mediale del ginocchio: il sintomo principale è il versamento articolare. Perciò la prima cura deve essere una rapida fasciatura compressiva, tenuta poi in sito per 4-5 giorni con contemporanea immobilizzazione del ginocchio (docce gessate laterali). Immobilizzazione (però ginnastica muscolare attiva fin dall'inizio!) per 1-3 settimane, fino a 5 settimane se il menisco è leso. Proibizione di sport per tutta la stagione. Se il versamento è molto forte, lo si punge al 4°-5° giorno, quindi nuova fasciatura compressiva per 4-5 giorni. Nella frattura del malleolo interno, riposizione accurata ed apparecchio gessato che consenta al paziente di alzarsi per qualche ora già al 3° giorno e di camminare dopo 5 giorni. In casi meno gravi (fissure) basta una fasciatura con elastoplasto. Durata della cura 3-4 settimane nelle distorzioni, 4-8 settimane nelle fratture dei malleoli. Nelle frequenti fratture da torsione della gamba, durata di cura 10 settimane: apparecchi gessati ad U, talvolta anche tiraggio per 2-3 settimane. Nelle fratture di torsione del femore, applicazione di tiraggio attraverso la tuberosità della tibia, per 6-8 settimane (fino a che il paziente è in grado di sollevare da solo la gamba dal piano del letto). Levato il tiraggio, riposo a letto per 8-10 giorni. Controlli radiologici per evitare un accorciamento.

LABORATORIO

La diagnosi sierologica della tifoide.

La prova dell'agglutinazione nella F. tifoide è venuta da qualche tempo modificandosi, con la distinzione delle agglutinine O da quelle H; in seguito, Felix scoprì gli antigeni e le agglutinine Vi, basandosi sull'osservazione della variazione agglutinabilità al siero O delle colture isolate di recente, il grado di agglutinabilità variava in proporzione inversa con la virulenza per il topo. Si ammette ora che tale fenomeno è dovuto all'esistenza di un particolare antigene associato con la virulenza. Tale fatto induce a ritenere che un siero terapeutico contenente degli anticorpi Vi ed O debba influenzare il decorso della malattia, siero che ora può ottenersi.

Ma la scoperta di Felix ha anche degli effetti per la diagnosi, nel senso che la presenza di agglutinine Vi costituirebbe un segno dello stato di portatore. S. S. Bhatnagar (*British med. Journ.*, 10 dicembre 1938) ha fatto uno

studio sulle variazioni di tale agglutinina ed ha riscontrato che, mentre le altre agglutinine del tifo rimangono per anni dopo la malattia, quelle Vi scompaiano a meno che non si installi lo stato di portatore, nel qual caso esse rimangono nell'organismo al pari dei bacilli.

Un altro fatto risulta dagli studi dell'A. ed è che negli individui vaccinati con T.A.B. e che contraggono ugualmente la tifoide, le agglutinine Vi sono prodotte più precocemente ed in maggior quantità in confronto dei non vaccinati, per cui i primi hanno una malattia più breve e benigna.

La presenza delle agglutinine Vi costituisce quindi un certo segno sierologico della presenza di bacilli viventi nell'organismo, si tratti di un malato o di un portatore. La conoscenza di queste agglutinine è anche importante per la tecnica dell'agglutinazione, da farsi sempre con colture fresche e da provarsi con sieri esenti da conservativi chimici.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'anacoresi nell'infezione tubercolare.

Gli studi compiuti in questi ultimi anni nell'Istituto Vaccinogeno antitubercolare di Milano hanno portato ad alcune conclusioni, che per la loro importanza teorica e per le loro possibili applicazioni pratiche meritano di essere qui rapidamente riassunte.

Sono già noti i presupposti della dottrina « anacorica »: questa si basa fondamentalmente sull'ammissione che i focolai infiammatori, tanto i flogomi del vaccino carbonchioso, quanto i noduli del B.C.G., costituiscono dei centri di attrazione per i microrganismi patogeni circolanti nell'organismo, nei quali poi questi vengono distrutti. Questa affinità elettiva chiamata « anacoresi », nella quale vanno distinte due fasi, di attrazione prima e di distruzione poi dei microbi, trova il suo riscontro clinico nel decorso favorevole delle infezioni negli animali vaccinati col B.C.G. (ad es. della polmonite settica dei vitelli, i cui agenti eziologici si possono rintracciare nei noduli vaccinali), come pure nella diminuzione della mortalità nelle cavie vaccinate col B.C.G. e poi inoculate col virus dell'afta epizootica. Le esperienze più recenti furono rivolte a dimostrare che una simile azione « anacorica » si può mettere in evidenza anche da parte del nodulo vaccinale ottenuto coll'inoculazione del bacillo tubercolare attenuato di fronte all'infezione con bacilli tubercolari virulenti (spontanea o provocata).

Per raggiungere questo scopo, si ricercò se l'asportazione del nodulo vaccinale avesse per effetto la perdita o l'affievolirsi della maggiore resistenza conferita dalla vaccinazione antitubercolare di fronte al germe tubercolare, o se l'innesto del nodulo avesse un'azione immunizzante simile a quella dell'inoculazione diretta del germe attenuato. Le esperienze furono condotte fondamentalmente sui vitelli, e nonostante che il numero degli animali utilizzati non abbia potuto essere cospicuo, i risultati furono concordi e precisi, così da permettere di arrivare a conclusioni abbastanza definitive. In realtà essi dimostrano che l'asportazione del nodulo provoca nel vitello la perdita della protezione anacorica conferita dal nodulo da B.C.G. di fronte al contagio tubercolare naturale di stalla; e viceversa, l'innesto del nodulo, quando esso attecchisca (l'attecchimento sembra essere più facile quando il nodulo sia giovane), conferisce all'organismo una valida protezione sia verso l'infezione spontanea che verso quella provocata.

Il meccanismo preciso con cui la cosidetta « anacoresi », anche in questo caso particolare, si esplica, deve essere ulteriormente indagato, affinchè si possa arrivare ad un più preciso concetto interpretativo del fenomeno: tuttavia i risultati già ottenuti meritano tutta l'attenzione, ed inducono a proseguire su questa traccia le ricerche, la cui importanza anche da un punto di vista pratico, è evidente. P.

VARIA

Il limone è stato introdotto nel continente americano da Cristoforo Colombo.

Stando a una interessante monografia pubblicata in questi giorni a cura del Ministero dell'Agricoltura degli Stati Uniti, il limone fu introdotto nel Continente americano da Cristoforo Colombo.

L'autore dell'opera, prof. Hamilton Traub, capo del dipartimento di ortofrutticoltura presso il suddetto Ministero, si dice in grado di affermare, sulla scorta di diligenti ricerche, che il succoso frutto, originario dell'Asia occidentale, si diffuse in Europa durante il periodo aureo dell'antica Grecia. L'arancio invece fece la sua apparizione nel bacino mediterraneo al principio del secolo quindicesimo.

Nel suo secondo viaggio nel nuovo Continente Cristoforo Colombo fece scalo a Gomera, nelle isole Canarie, dove acquistò capi di bestiame e numerose varietà di semi di frutta e di vegetali, fra i quali anche semi di arancio, limone e cedro. Il 22 novembre 1493 egli raggiunse l'isola di Hispaniola, dove fondò una colonia agricola. Il prof. Traub ha potuto appurare che la pianta di limone fu introdotta verso il 1579, ad opera di missionari francescani, nella Florida meridionale, dove vi si acclimatò perfettamente. Più tardi e precisamente intorno al 1769, essa fu introdotta nella California, nel Messico, nel Brasile e in altre regioni americane soggette alla dominazione spagnola.

(Da « *L'Avvenire Sanitario* », 20 ott. 1938).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Concorso provinciale - Procedimento illegale.

L'art. 14 del R. D. 11 marzo 1935 n. 281 stabilisce, come è noto, che ogni Commissario dispone di 10 punti per il giudizio dei titoli, di 10 punti per ciascuna delle prove pratiche e scritte e 10 per la prova orale. Soggiunge che la votazione per ogni prova è costituita dalla somma dei punti attribuiti al candidato da ciascun Commissario.

Se la Commissione stabilisca per le varie categorie coefficienti fissi, che debbano esprimere il giudizio del Collegio anzichè dei singoli Commissari, opera illegitttimamente per eccesso di potere e violazione del citato art. 14. Infatti, da questo procedimento derivano conseguenze non accettabili: non c'è deliberazione di ciascun concorrente sui vari titoli, essendo già precostituito un giudizio collegiale astratto, da applicarsi meccanicamente al caso concreto; è escusa la possibilità di rilevare eventuali particolarità dei titoli esaminati.

La Commissione, certamente armata di potere discrezionale, non può limitare o modificare le attribuzioni dei singoli membri nè può variare il modo di formazione degli atti collegiali. Tanto meno può sostituire al sistema dei coefficienti numerici variabili quello dei punti fissi, i quali non differenziano, ma livellano il giudizio.

Per intendere questa risoluzione risultante della sentenza della V Sezione del Consiglio di Stato, 15 luglio 1938 n. 690, è utile avvertire che in quel caso la Commissione aveva stabilito per ciascuna categoria di titoli un punto base costante, aumentabile di una misura fissa: categoria VI, punti base 20, più 10 per la specializzazione in chirurgia e medicina, più 6,25 per la specializzazione in ostetricia e così via. La Commissione aveva stabilito che tali punti si intendevano attribuiti complessivamente dal Collegio, sicchè non vi era manifestazione del giudizio dei singoli Commissari.

Ex combattente: mezzi speciali di prova del servizio prestato.

Il Ministero dei Lavori Pubblici aveva richiesto espressamente, con l'avviso del concorso, la esibizione della dichiarazione integrativa dei servizi prestati in zona di operazione, prevista dal G. M. n. 588 del 1922 agli effetti della prova della condizione di ex combattenti e dell'attribuzione dei relativi benefici.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 17 febbraio 1938 n. 112, ha ritenuto necessario tale atto ai soli effetti, s'intende, delle applicazioni delle norme che presuppongono la qualità di ex-combattente, per le seguenti considerazioni: « Attesochè la dichiarazione integrativa dei servizi resi in zona di operazioni prevista dal G. M. n. 588 del 1922 venne istituita allo scopo di eliminare i dubbi di interpretazione e le inesattezze o lacune che, assai frequentemente, si verificano negli stati di servizio o fogli matricolari, nei riguardi della sussistenza della qualità di ex combattente dei militari, intesa come appartenenza a reparti mobilitati in zona di operazioni. Legittimamente, pertanto, il Ministero dei Lavori Pubblici, nel bando di concorso 20 ottobre 1934-XII, ebbe a richiedere la suddetta dichiarazione integrativa, per evitare gli accennati possibili inconvenienti ed eliminare in merito al delicato requisito di ex-combattente, l'interpretazione di documenti militari da parte di organi civili, al riguardo non sempre competenti, per sostituirvi quella, quasi autentica e solamente sicura delle stesse autorità militari.

« Se così è, come non può dubitarsi, è evidente che la mancata produzione di quel documento dovuto a difetto di diligenza dell'interessato, non poteva essere sanata e sostituita da una interpetrazione dello stato di servizio militare che, per l'accertamento del detto requisito, per la legge del concorso, non spettava alla Commissione giudicatrice del concorso stesso.

« Nè è invocabile al caso l'applicazione dell'art. 3 del bando di concorso, costituente d'altronde una facoltà e non un obbligo dell'Amministrazione e riguardante la regolarizzazione di documenti richiesti per l'ammissione agli esami di concorso e non già il completamento o la regolarizzazione di documenti richiesti per l'attribuzione di eventuali benefici ai candidati, da riservarsi, come è ovvio, sempre ed esclusivamente all'iniziativa ed alla diligenza dei singoli interessati ».

È da avvertire che questa risoluzione presuppone una *disposizione dell'avviso del concorso*, che in concreto richieda la dichiarazione integrativa. Fuori di questa ipotesi, per qualsiasi concorso pubblico, è sufficiente la documentazione normale della condizione di ex-combattente.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Ricovero lavoratori agricoli assicurati affetti da tubercolosi polmonare.

La Confederazione Fascista dei lavoratori dell'Agricoltura ha comunicato al Ministero dell'Interno (Direz. gen. della Sanità pubbl.) uno schema di convenzione che mira, mediante opportuni accordi col Consorzio provinciale antitubercolare, a disciplinare il sollecito ricovero dei lavoratori agricoli assicurati — esclusi gli impiegati ed i mezzadri — i quali, a seguito di accertamenti diagnostici eseguiti presso i dispensari dei Consorzi provinciali antitubercolari, vengano riconosciuti affetti da tubercolosi polmonare.

Il fine che si propone lo schema anzidetto rientra, in linea di massima, nelle direttive impartite dal Ministero, circa il tempestivo allontanamento dei tubercolotici polmonari dagli ambienti in cui vivono ed il loro ricovero in adatti luoghi di cura. Pertanto, con circolare in data 20 gennaio, n. 14, si pregano i signori Prefetti di segnalare lo schema di convenzione in parola ai Consorzi provinciali antitubercolari, affinchè questi vogliano benevolmente esaminare l'opportunità di adottarlo, nell'interesse generale della profilassi contro la tubercolosi.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ADRIA (Rovigo). *Ospedale Civile.* — Assistente chirurgo; per titoli; età limite 35 a.; tassa concorsi L. 50; stip. L. 3499,20 lorde, vitto, stanza con obbligo assoluto di pernottarvi. Servizio entro 10 giorni. Chiedere annunzio alla Segreteria. Scadenza ore diciannove del 31 marzo.

BOLZANO. *Ospedale Civile.* — Assistente nella Divis. chirurg. e assistente nella Div. dermoceltica; scad. 28 febbr.; stip. L. 4500 lorde, più vitto e alloggio nell'Ospedale. Chiedere bando alla Direzione amministrativa.

FRAMURA. — (Vedere LA SPEZIA).

LA SPEZIA. *Regia Prefettura.* — È indetto il primo concorso, per titoli ed esami, per un posto di coadiutore presso la Sezione Medico Micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e di Profilassi de La Spezia. Per tutte le condizioni (stipendio, scadenza, altre modalità ecc.) vedere nel precedente n. 5 del 30 gennaio.

LA SPEZIA. *Regia Prefettura.* — È indetto pubblico concorso, per titoli ed esami, ai posti di medico condotto dei Comuni di La Spezia (9ª condotta) e Framura. Per tutte le condizioni (stipendio, scadenza, altre modalità ecc.) vedere nel precedente n. 5 del 30 gennaio.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorsi per titoli ed esami ad un posto di aiuto chirurgo ed a 5 posti di assistente medico chirurgo; scad. ore 16 del 28 marzo. Rivolgersi all'Ufficio Protocollo (via Ospedale 5). Età limite 35 anni. Tassa L. 50. Stipendi rispett. L. 6450 e L. 5600; all'aiuto chirurgo L. 3000 indenn. trasferte; agli assistenti L. 360 serv. att.; aumenti. Chiedere copia del bando di concorso.

POLA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare dell'Istria.* — Concorso per titoli ed esami, a Direttore unico delle tre Sezioni dispensariali di Pisino, Rovigno e Albona. Stipendio L. 12.000; tre quinquenni decimo; indennità vettura L. 6000. Tassa L. 50. Scad. 15 febbraio. Rivolgersi alla Segreteria.

POTENZA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Il concorso a medico aiuto nel Dispensario prov. antituberc. è revocato.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni (Ferrovie dello Stato).* — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto: Ancona Palombina, Foligno II°, Paganica, Pesaro II°, Piediluco, Rieti II°, Tuoro (Ancona); Bernalda, Margherita di Savoia, Mesagne, Potenza I° (Bari); Argenta, Arquà, Bevilacqua, Castelmaggiore, Cervia, Gonzaga-Reggiolo, Mirandola-Ozzano, Polesella, Rimini III°, Savio, S. Felice sul Panaro (Bologna); Giave, Mores, Ploaghe (Cagliari); Borgo S. Lorenzo I°, Certaldo, Rapolano (Firenze); Rovino II°, Calitri-Pescopagano, Campomarino, Castelfranci, S. Severo I° (Foggia); Ceriale, Frugarolo, Laigueglia, Prasco-Cremolino, Mignanego (Genova); Borgo Ticino, Capriolo, Crescenzago, Delebio, Ghedi, Milano Rogoredo, Peschiera, Pizzighettone, Robecco d'Oglio, S. Zeno Folzano, Verdello (Milano); Albanova, Falciano-Mondragone, Ripabottoni, S. Anastasia (Napoli); Balestrate, Canicattì I°, Cefalù II°, Comitini, Fulgatore (Palermo); Civitella-Paganico, Monte Amiata, Montepescali, Ozzano Taro, Pisa I°, Pontedera II° (Pisa); Feroleto Antico, Palizzi, Rosarno II°, S. Eufemia Lamezia (Reggio Calabria); Campoleone, Gallese Teverina, Palidoro, Palo, Sezze Romano I°, Stimigliano, S. Marinella (Roma); Bagnasco, Baldichieri-Tigliole, Borgofranco, Borgosesia, Centallo, Chiomonte, Oviglio, Spigno, Strambino, Valle, Vernante (Torino); Grigno, Mezzocorona, Valdaora, Villabassa (Trento); Aidussina, Fiume II°, Pola (Trieste); Cismon del Grappa, Feltre, Motta di Livenza II°, Schio, S. Stino di Livenza, S. Vito al Tagliamento, Valvasone, Vicenza III°, Vittorio Veneto (Venezia).

Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 28 febbraio 1939-XVII.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni. Ferrovie dello Stato.* — Concorso ad 8 posti di allievo ispettore in prova fra medici chirurgi; età limite 30 anni. Scad. 1 marzo. Chiedere avviso-programma. Rivolgersi alla Direzione Gen. delle F. S. (Servizio Personale e Affari Generali - Concorsi) in Roma, piazza della Croce Rossa.

SASSARI. *Concorso al posto di direttore Consorzio antitubercolare di Sassari.* — Il termine utile per la presentazione dei documenti di rito è fissato al 24 aprile 1939. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria (Palazzo del Governo).

Il presidente: MARCHINOTTI.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — Medico assistente nell'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò; titoli; L. 10.000 e 7 trienni di L. 900 e di L. 950, serv. att. L. 2500, c. v. Età limite anni 35 al 20 gennaio 1939. Scadenza ore dodici del 20 febbraio. Rivolgersi alla Segreteria, via Roma 41, Siena.

TRIESTE. *R. Prefettura.* — Assistente nella Sez. med.-micrograf. del Labor. d'igiene e profilassi; stip. L. 9000; 4 quadrienni di L. 1500 e L. 1400; supplem. serv. att. L. 2700-3000; c.-v. Età limite 32 a. al 23 dic. Tassa L. 50. Scad. 31 marzo.

VITERBO. *R. Prefettura.* — Presso il Laboratorio d'igiene e profilassi sono banditi i concorsi a direttore ed a coadiutore della Sez. med.-micrograf.; scadenza rispettiv. 15 marzo e 1 marzo; stipendi L. 11.700 e L. 7000; indenn. serv. att. L. 1000; dieci bienni ventesimo; percentuale. Rivolgersi alla III Divisione (Sanità).

RR. Prefetture

Sono aperti i concorsi di seguito indicati:

Condotte mediche nelle province di:

Avellino, per 8 posti, scad. 20 aprile;
Campobasso, per 9 posti, scad. 30 aprile;
Como, per 5 posti, scad. 30 aprile;
Cremona, per 6 posti (di cui 1 nel capol.), scad. 31 marzo;
Foggia, per 4 posti, scad. 15 marzo;
Forlì, per 5 posti, scad. 31 marzo;
Rovigo, per 6 posti, scad. 31 marzo, ore 12;
Savona, per 6 posti, scad. 31 marzo;
Trieste, per 2 posti, scad. 31 marzo;
Tripoli, per 10 posti, scad. 15 marzo.

Direttori d'uffici d'igiene e ufficiali sanitari nelle province di:

Cremona, pel capoluogo, scad. 31 marzo;
Savona, per un consorzio, scad. 31 marzo.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi, Sez. med.-micrograf., nelle province di:

Campobasso, per assistente, scad. 30 aprile.

Concorsi a premi.

Fondazione Maragliano.

Dalla R. Università di Genova è indetto il concorso per un premio di L. 1000 al migliore lavoro fatto in Italia sulla tubercolosi. Scad. 31 dicembre. Domanda al Rettore.

Premi Lepetit.

Il Comitato per la medicina del Consiglio Nazionale delle ricerche ha prorogato al 28 febbraio il termine per la presentazione delle domande di ammissione al concorso ai premi di laurea Lepetit, onde consentire la partecipazione a coloro che conseguiranno la laurea nella sessione straordinaria di febbraio.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Su proposta del Duce, Ministro per l'Africa Italiana, il prof. Pierangelo Meineri, Direttore dell'Ospedale di San Gallicano in Roma, è stato insignito della commenda della Stella d'Italia. Al nostro valoroso collaboratore i più sentiti rallegramenti.

Con regio decreto su proposta del Duce, è stata conferita al prof. Carlo Benedetti, consigliere al Consiglio delle Ricerche, la medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica.

Il dott. Antonio Bonadies, segretario nazionale della Società Italiana di Gastroenterologia, è stato nominato membro corrispondente dell'Associagione Gastroenterologica Nord-Americana.

La Scuola di Medicina Tropicale di Liverpool, in occasione del suo 40° anniversario, ha conferito la medaglia Kingsley, la più alta distinzione di cui disponga la Scuola, a: E. Brumpt, professore di parassitologia all'Università di Parigi; W. Schulemann, professore di farmacologia all'Università di Bonn; W. S. Patton, professore emerito di entomologia all'Università di Edimburgo, già direttore del Reale Istituto di medicina preventiva a Madras; M. A. Barber, professore di batteriologia e patologia all'Università di Kansas (Stati Uniti) e addetto alla Fondazione Rockefeller.

Negli anni scorsi la medaglia Kingsley era stata assegnata, tra altri, agli italiani: A. Celli, C. Golgi, B. Grassi.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi medici.

Da parte delle sezioni tecniche idroclimatologiche provinciali pervengono al Sindacato nazionale dei Medici assicurazioni circa la più larga partecipazione di medici al I Congresso per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano, per il quale le Sezioni idroclimatologiche stanno svolgendo la più attiva propaganda al fine di interessare tutti i medici al problema imposto dal Regime nel piano dell'autarchia nazionale.

Si prevede perciò il più largo successo di questa prima manifestazione congressistica che, per ragioni organizzative, avrà luogo *nei giorni* 22 *e* 23 *aprile prossimo*, anzichè l'11 e 12 febbraio come era stato precedentemente annunziato. Sarà perciò possibile continuare nel modo più attivo e penetrante la propaganda verso tutti i medici italiani.

Il Congresso avrà luogo nel salone dell'autarchia presso la Mostra Autarchica del Minerale Italiano dove i medici potranno ammirare, oltre agli interessanti padiglioni riguardanti le varie attività autarchiche nazionali, anche il padiglione delle acque minerali in cui sono rappresentate tutte le principali stazioni idroclimatologiche italiane che stanno a dimostrare la grandiosità della nostra ricchezza idrominerale e la grande importanza che ad essa deve attribuirsi ai fini della completa realizzazione del piano autarchico impostato e perseguito tenacemente dal Regime Fascista.

Il 3° Congresso internazionale di neurologia si terrà a Copenaghen dal 21 al 25 agosto. Temi principali: Il sistema endocrino-vegetativo nel suo significato per la neurologia; Le malattie nervose ereditarie, con speciale riguardo alla loro genesi; Il problema delle avitaminosi, con speciale riguardo al sistema nervoso periferico. Rivolgersi al prof. Pette, Universitätsnervenklinik, Hamburg-Eppendorf, Hamburg 20.

Ricordiamo che il 10° Congresso internaz. di medicina e di farmacia militari si terrà a Washington dal 7 al 15 maggio, sotto la presidenza del gen. med. Charles T. Reynolds, direttore generale del Servizio di sanità militare degli Stati Uniti. La segreteria generale ha sede nella biblioteca medica militare (Army Medical Library, Washington, D. C.).

Il 3° Congresso internazionale di microbiologia si adunerà, sotto gli auspici dell'Associazione internazionale dei microbiologi, dal 2 al 9 settembre a New York, nell' « Hotel Waldolf - Astoria ». L'iscrizione importa 5 dollari; non comprende la partecipazione al banchetto sociale nè il costo del volume degli Atti. Presidente: T. M. Rivers, Rockefeller Institute for Medical Research, York Avenue and 66th Street, New York City; segretario generale: M. H. Dawson, College of Physicians and Surgeons, 620 West 160th Street, New York City; tesoriere generale: Kenneth Goodner, Rockefeller Institute for Medical Research, York Avenue and 66th Street, New York City. Per l'Italia rivolgersi al prof. Azzo Azzi, rio Medail 3, Torino.

La 47ª adunanza dell'Associazione degli anatomici si terrà a Budapest dal 2 al 5 aprile, col patrocinio del Reale Governo Ungherese; contemporaneamente, dal 3 al 6 aprile, la Società degli anatomici terrà la sua 34ª riunione. Per solennizzare il centenario della dottrina cellulare il prof. Hans Petersen, di Würzburg, svolgerà il tema « Problematica della dottrina della cellula ». Alcune relazioni concerneranno le vitamine nei riguardi dell'anatomia.

La Società tedesca di chirurgia terrà la sua 63ª riunione dal 12 al 15 aprile in Berlino, nei locali della Langenbeck-Virchow-Haus. La Società comprende ormai più di mille soci, tra nazionali e stranieri. Per informazioni rivolgersi al presidente, prof. dott. Nordmann, Director des Martin-Luther-Krankenhauses, Berlin-Grunewald, Germania.

L'Associazione medica americana si adunerà a St. Louis dal 15 al 19 maggio, in numerose Sezioni. È questa la maggiore manifestazione medica degli Stati Uniti. Come di consueto, al Congresso verrà annessa una grande mostra. Segreteria: North Dearborn Street 535, Chicago, Ill., S. U. d'A.

La Società svizzera di medicina interna terrà la sua assemblea annuale in Zurigo il 20 e il 21 maggio. Temi: « Le porfirine in biologia e in clinica », relatore il prof. A. Vannotti; « Lo stato attuale delle ricerche sull'agranulocitosi », relatore il lib.-doc. K. Rohr; il prof. W. Löffler farà delle dimostrazioni cliniche. Si prega d'inviare i titoli delle comunicazioni non oltre il 15 marzo. Rivolgersi al presidente, Dr. O. Roth, Schaffhauserstr. 2, Winterthur, Svizzera.

L'Associazione Nazionale Fascista Dottoresse in medicina e chirurgia terrà il Congresso nazionale a Salsomaggiore, durante la seconda quindicina di maggio, in occasione del centenario di L. Berzieri. Per proposte o comunicazioni rivolgersi alla Segretaria, dott. E. Barengo, via S. Eufemia 19, Milano. Onde facilitare l'aggiornamento degli indirizzi tutte le Colleghe sono pregate di inviare subito il proprio indirizzo alla Segretaria.

Il 6° Congresso dei dermatologi e sifilografi di lingua francese è indetto a Parigi dal 12 al 14 ottobre, sotto la presidenza del prof. Milian. Temi di relazione: Le balanopostiti; L'istamina in dermato-sifilografia; L'agranulocitosi in dermato-venereologia. Sono ammesse comunicazioni attinenti a questi argomenti. Segretario generale: dr. Georges Bach, boulevard Malesherbse 147, Paris.

Il Congresso annuo nazionale medico portoghese avrà luogo in settembre a Lourenço Marqués, colonia di Mozambico, sotto gli auspici dell'Associazione medica del Sud-Africa; sarà presieduto dal dott. Vasco Palmeirin e posto sotto il patrocinio del ministro portoghese dell'educazione e del governatore della provincia di Mozambico. I dottori Bostoc e Carvalho, rispettivamente segretario e tesoriere dell'Associazione medica locale, sono incaricati dell'organizzazione.

Dal 26 novembre al 5 dicembre si è svolto in Hanoi (Indocina francese) il 10° Congresso dell'Associazione dell'Estremo Oriente per la medicina tropicale, in numerose Sezioni.

Il 7 novembre si è tenuta a New Dehli una conferenza sulla formazione professionale dei medici nell'India, sotto la direzione del gen. med. E. W. C. Bradfield, direttore generale del Servizio medico indiano.

Un congresso francese sull'alimentazione si è svolto a Dieppe il 18 e il 19 novembre, sotto la presidenza del dott. Martel, membro dell'Accademia di Medicina, col patronato della presidenza del Consiglio dei ministri e di vari Ministeri.

Corsi di perfezionamento.

All'Istituto per malattie navali e tropicali di Amburgo sono stati organizzati tre corsi: uno per medici di bordo, dal 6 al 25 marzo; uno sulla medicina tropicale, in lingua spagnola, dal 10 al 29 luglio; uno sulla medicina e l'igiene tropicali, dal 2 ottobre al 2 dicembre. Il terzo di questi corsi comprende la patologia esotica e la parassitologia per medici, veterinari e zoologi; la frequenza di esso presuppone una buona conoscenza della lingua tedesca. Esami facoltativi, per il conseguimento di un diploma. Rivolgersi a: Institut fur Schiffs- und Tropenkrankheiten. Bernhard Nocht-Strasse 74, Hamburg 4, Germania.

Numerosi corsi di perfezionamento medico sono organizzati per il 1939 nelle Università tedesche; ne è pubblicato un prospetto in « Med. Welt » del 28 gennaio (pp. XXV-XXVII). Sono quasi tutti di breve durata.

Un corso di perfezionamento in neurologia si terrà nella Clinica delle malattie del sistema nervoso dell' « Hospice de la Salpêtrière » in Parigi (boulevard de l'Hôpital 47), sotto la direzione del prof. Mollaret, durante il mese di maggio. Consterà di 32 lezioni, in due serie; tassa d'iscrizione per ogni serie: franchi 150.

Un corso di urologia si terrà sotto la direzione del prof. Chevassu presso la Facoltà di medicina di Parigi, a partire dal 20 marzo; comprenderà 10 lezioni. Tassa fr. 300. Rivolgersi alla Segreteria della Facoltà.

L'almanacco delle stazioni idrominerali europee.

Si è adunato a St. Moritz, il 23 gennaio, il Comitato direttivo della Federazione internazionale delle stazioni termali, colla presidenza dell'Arciduca Giuseppe Francesco di Absburgo.

È stata decisa la pubblicazione di un almanacco delle stazioni idrominerali europee a carattere internazionale e a tale scopo è stato nominato un comitato medico tecnico di redazione nelle persone dei signori Schmidt e Vogh per la Germania, Rebucci per l'Italia, Moncorgé per la Francia, Diethlem per la Svizzera.

Assistenza odontoiatrica in Germania.

In Germania l'Opera nazionalsocialista di assistenza popolare, preoccupata per la diffusione delle malattie dentarie nell'infanzia, da tempo ha istituito 24 gabinetti odontoiatrici motorizzati, ognuno dei quali consta di due veicoli, con a bordo due medici dentisti e un assistente; nonchè tre grandi autoambulanze per operazioni chirurgiche.

Nei bambini trattati l'incidenza della carie dentaria si è ridotta al 6 %. Invece tra quelli che si sottraggono al trattamento, nei grandi centri urbani, l'incidenza delle affezioni dentarie raggiunge il 95 %.

Si è ora deciso d'intensificare questa forma di assistenza.

Un po' dovunque.

Col 26 gennaio hanno avuto inizio, nell'aula della Clinica Medica di Roma, le sedute scientifiche della Sezione Laziale della Società italiana di gastro-enterologia per l'anno accademico 1938-39.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata i giorni: 27 novembre, 2, 9, 16 e 30 dicembre, 14 gennaio. Sono state fatte conferenze e comunicazioni da: G. G. Palmieri; C. Pierguidi; M. Novak; A. D'Agnolo; G. Pieri; P. Rowinski; P. Marcovich.

La commemorazione di Pasteur nell'Istituto Pasteur di Parigi, è stata rimandata al 15 marzo.

L'Opera Pia di Santo Spirito e Ospedali Riuniti di Roma ha in costruzione due nuovi padiglioni all'Ospedale del Littorio, per 200 posti, e sta portando a termine una nuova Maternità al Policlinico Umberto I, per 100 posti, così da compensare parzialmente la demolizione di un'ala dell'Ospedale di Santo Spirito, con capacità di 350 posti. È in progetto la parziale demolizione e ricostruzione dell'Ospedale di S. Giovanni, per 600 posti, con una Maternità annessa, e la costruzione di un nuovo Ospedale a Grottaperfetta, nell'ambito dell'Esposizione 1942, per 1000 posti. La spesa complessiva non è lontana dai 100 milioni di lire.

Il 18 gennaio si è inaugurata a Berlino la Fondazione di studi dell'Associazione italo-germanica, che si propone di favorire i viaggi di studi e di prestare ausilio a tutti coloro che vogliono approfondire la conoscenza della cultura dell'altro Paese.

La Società di medicina di Rouen, d'intesa con la Società di medicina veterinaria della Senna Inferiore e dell'Eure, ha organizzato lo studio delle brucellosi umane ed animali. Si è tenuta una riunione, in cui il dott. Dubois, specializzatosi nello studio delle brucellosi, ha tenuto una conferenza; seguirono alcune comunicazioni.

Gli studi medici in Germania a partire dalla prossima Pasqua comporteranno un maggiore sviluppo di lavori pratici, come pure conferenze obbligatorie sulla storia della medicina, sui problemi razziali e sulla politica demografica; sarà anche resa obbligatoria la pratica della medicina del lavoro.

Ad iniziativa di Lord Horder, il Parlamento inglese prenderà in esame un progetto di legge che disciplina la rumorosità degli apparecchi radio.

Il 20 gennaio sono state tributate solenni onoranze al prof. G. B. Allaria, direttore della Clinica pediatrica dell'Università di Torino, in occasione del suo 25° anno di cattedra. Gli amici ed allievi hanno consegnato al Maestro una medaglia modellata dal sen. Edoardo Robino ed il volume di scritti degli allievi.

Il Comitato nazionale di assistenza agli orfani dei medici morti in guerra ha fatto allestire un artistico calendario e lo diffonde tra i medici, cedendolo al prezzo di lire dieci. I proventi andranno devoluti ai fini assistenziali dell'Ente. L'invio è accompagnato da una nobilisima lettera. I medici che non avessero ricevuto il calendario possono richiederlo al Comitato, che ha sede in Roma, via Nazionale 200.

A Lucca un medico aveva in cura un bambino di sei mesi, Vittorio Zannoni, affetto da enterite; egli ordinò benzoato di sodio per bocca e spirito canforato per frizioni; una fatale distrazione fece invertire i medicinali e il piccino è morto qualche ora dopo l'ingestione di un cucchiaino di spirito canforato.

Il dott. Francesco Oria di Milano, durante una ascensione nella Valtellina, fu colto da malore ed è morto per assideramento, malgrado le energiche cure apprestategli da un collega che era in sua compagnia.

Il prof. Pasquale Nuzzi di Napoli, mentre attendeva il tram per rincasare, venne investito da un'automobile e riportò ferite gravi, giudicate guaribili in quaranta giorni.

Il prof. Federico Alzona, primario nell'Ospedale Maggiore di Bologna, guidava la propria automobile che, a causa del gelo, è slittata, andando ad urtare contro un cancello. L'insigne sanitario ha riportato fratture ad una spalla e varie contusioni.

Per delitti contro la maternità a Perugia sono state arrestate due levatrici e denunziate sette altre donne; a Roma sono state arrestate tre donne, di cui due infermiere.

I giornali hanno dato notizia del dott. Giuseppe Bertini che, accertata la necessità di un intervento chirurgico su di una puerpera da lui visitata, aiutò al trasporto della stessa, durato sei ore, lungo una mulattiera coperta di neve: da Balzo dei Cigni a Monzano, distante 8 km. Di là venne poi effettuato il trasporto alla Clinica ostetrica di Bologna; per tal modo la madre venne salvata da sicura morte.

Profondamente costernati diamo notizia della perdita di ANDREA FERRANNINI, maestro del giornalismo medico italiano, valente medico e studioso.

Esprimiamo alla consorella « Riforma Medica », della quale lo Scomparso era direttore responsabile, le nostre più sentite condoglianze.

Di Lui diremo in un prossimo numero.

LA REDAZIONE.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI | Roma, 13 Febbraio 1939 - XVII | Num. 7

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. D. DE BLASI.

Significato delle prove sierologiche per la identificazione del Corynebacterium diphteriae.

Dott. GIOVANNI LABRANCA, assistente.

La ricerca e l'identificazione del b. difterico nei prodotti patologici, non presenta generalmente difficoltà alcuna e permette di giungere quasi sempre rapidamente alla diagnosi. Purtuttavia in alcuni casi, nei quali interessa non scambiare per b. difterico un innocuo pseudodifterico (primi casi sporadici che precedono un'epidemia, ricerca dei portatori), la differenziazione fra l'agente della difterite ed alcuni altri corinebatteri non patogeni è tutt'altro che semplice.

I tentativi degli AA. di trovare dei caratteri differenziali praticamente utili sono numerosi, ma i risultati conclusivi restano sempre incerti.

Fallite le speranze di risolvere sempre il problema con le sole prove di colorazione, colturali, biochimiche e biologiche (rimandiamo al recente lavoro di Franza e Colarusso per un aggiornamento della letteratura sull'argomento), si pensò di utilizzare a tale scopo anche le reazioni sierologiche. Da questo punto di vista le reazioni più studiate sono state quelle di agglutinazione e di fissazione del complemento. Purtroppo bisogna confessare che anche questo nuovo indirizzo non ha chiarito maggiormente la questione, notandosi subito che non esiste un unico gruppo sierologico per tutti i difterici.

I risultati dei vari AA. son tutt'altro che concordi. Alcuni, per mezzo dei sieri agglutinanti, hanno creduto di poter dividere i difterici in due gruppi (Langer, Havens, ecc.), altri in tre (Bell, Murray, ecc.), altri in quattro, in cinque (Robinson e Peeney, Durand, ecc.), in dieci (Eagleton e Baxter, ecc.), in dodici, in tredici, ecc. (Nishimoto, ecc.). Così pure, mentre vi sono AA. che affermano potersi differenziare nettamente con tali prove i difterici veri dai pseudodifterici (Durand e Mason, Fitz Gerald e Doyle, v. Przewoski, ecc.), ve ne sono altri che negano assolutamente tale possibilità (Gorrieri, Lattes, Nishimoto, Bruckner, ecc.).

Risultati a un dipresso analogo hanno ottenuti tutti coloro che hanno preso in esame la reazione di fissazione del complemento (Armand-Delille, v. Przewoski, G. Bull e C. M. Mckee, Kolmer, Morse, Stone, Meuton, Cooper e Funel, ecc.).

Quindi nessuna conclusione sicura e incoraggiante si è avuta adoperando per la differenziazione di questi germi le due reazioni immundiagnostiche innanzi dette.

Con la termoprecipitazione, invece, sembrava fosse stato possibile dire una parola decisiva e definitiva al riguardo.

Due AA. americani, lo Smith e il Kaufman, sarebbero riusciti per mezzo delle termoprecipitine e adoperando per la preparazione dell'estratto batterico precipitante la tecnica di Krumwiede e Nobel, non solamente a differenziare con certezza i difterici dai pseudodifterici, ma anche, sottoponendo pseudo-membrane sospette alla estrazione di sostanze precipitanti specifiche, a diagnosticare la difterite in meno di un'ora, con risultati nettamente più precisi di quelli ottenuti con le prove di colorazione e colturali.

Questi fatti, così interessanti dal punto di vista pratico e scientifico, non hanno avuto, a quanto ci risulta, conferme o contraddizioni, ma vengono riportati, senza alcun commento, nel grande trattato tedesco del Kolle-Hulenhut.

Avendo a nostra disposizione numerosi stipiti di difterici e di pseudodifterici, isolati in precedenti ricerche (1) e studiati accuratamente nei loro caratteri morfologici, tintoriali, colturali, biochimici e biologici, ci siamo proposti di studiare e controllare le affermazioni dei due AA. americani e di estendere ulteriormente le osservazioni sierologiche nel campo dei difterici e pseudodifterici.

A tale scopo, con due ceppi di difterici abbiamo preparato, per ottenere sieri precipitanti specifici, tre conigli maschi del peso di 2500 grammi ognuno, seguendo l'abituale tecnica: ogni tre o quattro giorni abbiamo inoculato per via endovenosa gli animali con dosi progressivamente crescenti di colture uccise e precisamente ogni coniglio ricevette 4 iniezioni di cc. 0,5 - 1 - 1,5 - 2 di una emulsione batterica ottenuta sospendendo in 10 cc. di soluzione fisiologica una agar coltura di 48 h di sviluppo. L'emulsione veniva scaldata a 58° C. per 45' e una settimana dopo l'ultima iniezione i conigli, a digiuno, venivano salassati alla carotide.

(1) LABRANCA G. e SANTORI G. *Osservazioni ed indagini sulla difterite cutanea.* (Gior. It. Dermat. Sifilol., febbraio 1938).

Con due stipiti di pseudodifterici, seguendo la stessa tecnica abbiamo preparati 4 altri conigli, tre maschi ed una femmina, del peso oscillante tra i 2000 ed i 3000 grammi, che sono stati ugualmente salassati alla carotide dopo una settimana dall'ultima iniezione.

Con i sette sieri così ottenuti abbiamo iniziato le nostre prove sulla reazione di precipitazione.

Per la preparazione dell'estratto batterico precipitante ci siamo scrupolosamente attenuti al metodo proposto da Krumwiede e Nobel, seguito e consigliato da Smith e Kaufman nelle loro prove per la diagnosi della difterite. Esso consiste nei seguenti tempi:

1) Emulsionare una agar coltura in 0,5 - 1 cc. di antiformina e bollirla per parecchi minuti alla fiamma, previa aggiunta nella provetta di qualche pallina di vetro per impedire che la ebollizione avvenga tumultuosamente con proiezione del liquido fuori del tubo.

2) Raffreddare.

3) Neutralizzare con soluzione normale di HCl adoperando come indicatore la fenolftaleina. Il pH optimun è di circa 8,3.

4) Aggiungere 5-10 volumi di alcool etilico a 95°.

5) Raccogliere mediante centrifugazione il precipitato che si forma in pochi minuti. In questo tempo si può affrettare o aumentare la precipitazione scaldando lievemente il liquido subito dopo l'aggiunta dell'alcool.

6) Riprendere il precipitato con 1-2 cc. di soluzione fisiologica e far bollire direttamente alla fiamma. Si ottiene così un liquido limpido, che altrimenti può essere reso tale mediante centrifugazione.

Alcune volte l'estratto così ottenuto può ridiventare, nel corso dei vari trattamenti, notevolmente alcalino assumendo colorazione rosa. In tal caso si riporta a pH 8,3 (punto di viraggio della fenolftaleina) con qualche goccia di HCl N/1.

Appunto con questo metodo, che già Krumwiede e Nobel avevano usato per la differenziazione dei vari tipi di pneumococchi negli sputi, Smith e Kaufman sarebbero riusciti ad estrarre sostanze precipitanti specifiche dalle pseudo-membrane di individui ammalati di difterite. Questi AA. stratificando sopra un siero antidifterico tali estratti, in pochissimi minuti avrebbero ottenuto un ben evidente anello di precipitazione zonale specifica.

Nelle nostre esperienze abbiamo usato, come consigliano i suddetti AA., delle provettine da precipitazione del diametro di cm. 0,4 nelle quali mettevamo a contatto quantità eguali dei differenti sieri con i differenti antigeni pre-

cipitanti ottenuti, con la tecnica sopra riportata, da colture pure di difterici e di pseudodifterici. La lettura veniva fatta subito e ripetuta dopo 10 minuti di permanenza a temperatura ambiente. Per ogni prova abbiamo sempre parallelamente allestito dei controlli con sieri normali.

Diremo subito che in nessun caso abbiamo avuto reazioni zonali specifiche, neppure mettendo a contatto i sieri con l'estratto precipitante omologo.

Le reazioni zonali erano assenti del tutto nei sieri precipitanti e nei controlli, o, se presenti nei sieri precipitanti, lo erano egualmente nei controlli. Abbiamo eseguito la stessa reazione usando anche il comune siero antidifterico del commercio con risultati ugualmente negativi.

Nel dubbio che la preparazione dell'estratto non fosse bene riuscita abbiamo, con la stessa tecnica, preparato liquidi precipitanti da culture su agar di b. tifici, paratifici A e B e colibacilli. Stratificando sopra i rispettivi immunsieri questi estratti, abbiamo in ogni caso osservato, entro pochi minuti, tipiche reazioni zonali.

Questi nostri risultati del tutto negativi per quanto riguarda il gruppo dei corinebatteri, non ci hanno eccessivamente sorpresi, perchè già Krumwiede e Nobel avevano osservato che il loro metodo non era utilizzabile per i germi acido-resistenti, e Alessandrini ha recentemente notato che anche il gruppo delle Brucelle non libera con questo sistema nessuna sostanza precipitante.

Nel corso delle nostre esperienze, nella preparazione di estratti precipitanti da colture di germi appartenenti al gruppo dei corinebatteri, si è verificato dopo l'aggiunta dell'antiformina, lo stesso fenomeno osservato dall'Alessandrini per le Brucelle. Mentre l'emulsionamento nell'antiformina di patine microbiche di germi appartenenti al gruppo tifo-coli dà luogo ad una semigelificazione che scompare appena comincia l'ebollizione, trasformandosi in una soluzione quasi perfettamente limpida, mescolando invece antiformina con i difterici, come avviene per le brucelle, non si assiste a nessuna gelificazione e con l'ebollizione il liquido resta sempre torbido.

Dai risultati delle nostre esperienze siamo quindi indotti a credere che non è possibile, allo stato attuale, poter differenziare i b. difterici dai b. pseudodifterici per mezzo delle precipitine. Tali resultati concordano con quelli ottenuti da Spanedda il quale, pur usando una tecnica completamente differente dalla nostra, sia nella preparazione dei sieri che della sostanza precipitante, conclude affermando che non è possibile, per mezzo delle reazioni di precipitazione ottenere alcuna differenziazione o raggruppamento importante dei difterici e pseudodifterici.

Reazioni precipitanti zonali specifiche nel campo dei difterici sono state ottenute, ma non fra sieri antibatterici ed estratti batterici, bensì fra sieri antitossici e tossine.

Pur avendo innanzi detto come il criterio sierologico non si presta a classificazione di tipi nel campo dei microbi appartenenti al gruppo dei corinebatteri, per evitare l'obbiezione che i nostri sieri fossero privi di anticorpi specifici, come qualche volta succede quando si adoperano i conigli come animali siero-produttori, abbiamo voluto eseguire con essi le reazioni di fissazione del complemento e di agglutinazione.

Diciamo subito che la reazione di fissazione del complemento si è verificata sempre tra i sieri e gli stipiti omologhi, fatta eccezione di un siero che non ha presentato reazioni di fissazione del complemento con nessun antigene.

Per la preparazione degli antigeni per questa reazione abbiamo seguito la tecnica che, tra le molte saggiate, consiglia Ruth L. Stone. Essa consiste nel riprendere patine di agar colture di 48 h. di sviluppo con 12 cc. di soluzione fisiologica ognuna e nel mantenerle per 4 giorni in termostato. Il quarto giorno si titola il potere emolitico ed anticomplementare dell'antigene e si allestisce la prova come per la comune R. W.

Come abbiamo detto, sei sieri dei sette saggiati presentavano tipica reazione di fissazione del complemento verso il ceppo omologo, mentre i controlli eseguiti con sieri normali emolizzavano perfettamente. Tentativi di utilizzare questa reazione per differenziare i difterici dai pseudodifterici ci sono falliti, perchè un siero antidifterico presentava fissazione del complemento solo col ceppo omologo, e gli altri sieri saggiati la presentavano in maniera irregolare con piccoli gruppi di difterici e pseudodifterici. Per tali ragioni abbiamo abbandonato subito le ricerche.

In quanto alle prove di agglutinazione esse sono state eseguite adoperando la tecnica proposta da Durand. In queste prove di agglutinazione si incontrano non poche difficoltà per ottenere emulsioni omogenee e non fioccose di b. difterico; questo germe infatti, come è noto, tende a sedimentare spontaneamente formando in breve tempo un abbon-

dante deposito che disturba notevolmente la lettura dei risultati. Parecchi sistemi sono stati consigliati per ovviare a questo inconveniente, quale la centrifugazione delle emulsioni batteriche, l'aggiunta a queste di glicerina, ecc. Noi, seguendo il Durand, abbiamo sospeso le patine su agar in pochi cc. di soluzione fisiologica, in modo da avere una emulsione molto densa, e quindi abbiamo tenuti i tubi per una notte in ghiacciaia mantenendoli in posizione verticale. Dopo dodici ore con il liquido soprastante al deposito formatosi, e costituito da una emulsione omogenea, abbiamo eseguito le nostre prove di agglutinazione.

Tutti i sieri hanno chiaramente agglutinato gli stipiti omologhi e precisamente i 3 sieri antidifterici fino alla diluizione rispettivamente di 1 : 400; 1 : 400; 1 : 200 e i 4 sieri antipseudodifterici fino a 1 : 400; 1 : 200; 1 : 400; 1 : 1600.

Dopo esserci così accertati che i nostri sieri contenevano agglutinine specifiche, con uno dei sieri antidifterici che agglutinava il ceppo omologo fino al titolo di 1 : 400 e col siero antipseudodifterico che agglutinava il ceppo omologo fino al titolo di 1 : 1600 abbiamo saggiato 15 stipiti di difterici e di pseudodifterici. Nella tabella I riportiamo i risultati.

Osservando la tabella sopra riportata si vede che il siero antidifterico ha agglutinato solo 3 difterici sui 7 saggiati e il siero antipseudodifterico solo 3 pseudodifterici sugli 8 saggiati. Da ciò se ne può dedurre che, anche avendo saggiato un così ristretto numero di

TABELLA I.

Stipiti in esame		Siero antidifterico diluiz. 1:200	Siero antipseudodifterico diluiz. 1:200
B. difterico	Ripani 1	— — —	— — —
»	Giacobini	+ + +	— — —
»	Popoli	— — —	— — —
»	De Peteis	+ + +	— — —
»	Capo	— — —	— — —
»	Paolini	+	+ + +
»	Bocca	— — —	— — —
B. pseudodifter.	Bonfanti	— — —	— — —
»	Palmieri	— — —	— — —
»	Gomma	— — —	— — —
»	Ano	+	+ + +
»	O. D.	— — —	+ + +
»	Palma	— — —	— — —
»	Ripani 2	— — —	— — —
»	Naso	— — —	+ + +

TABELLA II.

Stipiti	Provenienza	Morfologia	Granuli di Babes	Emolisi	Virulenza nella cavia
Ripani 1	Cute	Forme lunghe	Numerosi	+ + +	+
Giacobini	Faringe	Forme lunghe	Numerosi	+ +	+
Popoli	Faringe	Forme lunghe	Numerosi	+ + +	+
De Peteis	Cute	Forme lunghe	Numerosi	+ + +	+
Capo	Cute	Forme lunghe	Numerosi	+ + +	+
Paolini	Faringe	Forme medie	Numerosi	+ + +	+
Bocca	Faringe	Forme lunghe	Numerosi	+ + +	+
Bonfanti	Faringe	Forme medie	Scarsi	+ — —	—
Palmieri	Cute	Forme corte	Scarsi	— — —	—
Gomma	Cute	Forme corte	Rari	— — —	—
Ano	Cute	Forme corte	Scarsi	— — —	—
O. D.	Cute	Forme corte	Scarsi	— — —	—
Palma	Cute	Forme medie	Scarsi	— — —	—
Ripani 2	Cute	Forme corte	Scarsi	— — —	—
Naso	Cute	Forme corte	Scarsi		—

stipiti, non ci è stato possibile pervenire ad aggruppamenti nettamente distinti.

I casi discordi (per il siero antidifterico il n. 11, per il siero antipseudodifterico il n. 6) potrebbero eventualmente essere attribuiti ad errata classificazione degli stipiti. Però ciò va escluso perchè tutti i ceppi sono stati studiati e classificati in base ai caratteri morfologici, di emolisi e di patogenicità come risulta nella tabella II.

Non abbiamo riportato nella tabella tutte le altre prove fatte, sia di colorazione, fermentazione, ecc., perchè secondo noi non sono di importanza decisiva per la classificazione dei Corinebatteri appartenenti al gruppo del b. di Löffler.

Riassumendo possiamo concludere:

1) Non è possibile, secondo le nostre ricerche e contrariamente alle affermazioni di Kaufman e Smith, poter fare diagnosi di difterite per mezzo della termoprecipitazione, utilizzando l'estratto di Krumwiede e Nobel. Ciò, probabilmente, perchè non si possono con tale tecnica estrarre sostanze precipitanti dai germi del gruppo dei difterici-pseudodifterici, come già è stato osservato da Krumwiede e Nobel per i germi acido resistenti, e dall'Alessandrini per le Brucelle.

2) Nessuna chiara distinzione tra difterici e pseudodifterici può esser fatta, utilizzando a tale scopo le prove di agglutinazione, di fissazione del complemento e di precipitazione.

RIASSUNTO.

L'A. studiando il comportamento della reazione di precipitazione con l'estratto batterico precipitante di Krumwiede e Nobel ha constatato come non sia possibile con questa prova far diagnosi di difterite.

Le reazioni sierologiche di agglutinazione, di fissazione del complemento e di precipitazione, secondo le ricerche dell'A., non possono essere sicuramente adoperate per la distinzione dei Corinebatteri patogeni da quelli non patogeni.

BIBLIOGRAFIA.

Alessandrini A. Policlinico, Sez. Prat., 9 maggio 1938, pag. 893.
Armand-Delille. C. R. Soc. Biol., vol. 65, 1908, pag. 417.
Bell A. S. G. Journ. Roy. Army Med. Corps, gennaio 1922, pag. 48.
Bessemans A., De Potter F., Dechers N. Soc. Belge de Biol., giugno 1927.
Brückner M. Zeitschr. f. Hyg., vol. CXVI, 1934, pag. 361.
Bull G. C. and Mc. Kee M. C. Amer. Journ. Hyg., vol. IV, pag. 101.
Durand P. C. R. Soc. Biol., vol. LXXXIII, 1920, pag. 611.
Id. Ibid., vol. LXXXIII, 1920, pag. 613.
Eagleton A. J. and Baxter E. M. Journ. Hyg., vol. XXII, pag. 107.
Fitz Gerald Y. G. and Dorothy G. Doyle. Journ. Am. Med. Assoc., vol. LXXX, 1923, pag. 1675.
Franza R. e Colarusso A. Diagnostica e Tecnica di Laboratorio, vol. IX, 1938, pag. 233.
Gorrieri I. Ist. Sier. Milanese, vol. XIV, 1935, pag. 509.
Havens L. C. Journ. Inf. Dis., vol. XXVI, 1920, pag. 388.
Hoen E., Grunfeld A., Tschertkow L. Centrbl. f. Bakt. (orig.), vol. CVII, 1928, pag. 459
Kolmer J. A. Journ. Inf. Dis., vol. XI, 1912, pag. 44.
Krumwiede Ch., Nobel W. C. Journ. Immunology, vol. III, 1918.
Langer H. Centrbl. f. Bakt. (orig.), vol. LXXVIII, 1916, pag. 117.
Lattes E. Giorn. Batter. Immun., vol. XVI, 1936, pag. 533.
Mason E. H. Mil, Surgeon, vol. XXXXV, 1919, pag. 560.
Meuton J., Cooper T. V., Funel W. H. Lancet, 22 giugno 1933, pag. 180.
Morse M. E. Journ. Inf. Dis., vol. XI, 1912, pag. 433.
Murray F. I. Journ. Path. a. Bact., vol. XLI, 1935, pag. 439.
Nishimoto G. Zeitschr. f. Immünitatsfr., vol. LXXXVII, 1936, pag. 414.
Nishimoto G. Ibid., pag. 421.
Nishimoto G. Ibid., vol. LXXXIX, 1936, pag. 18.
Przewoski V. W. Centrbl. f. Bakt. (orig.), volume LXV, 1912, pag. 5.
Robinson D. T., Peeney A. L. P. Journ. Path. a. Bact., vol. XLIII, 1936, pag. 403.
Smith G. H., Kaufman C. E. Journ. Labor. Med., vol. VII, 1921-22, pag. 619.
Spanedda A. Boll. Soc. Intern. Microbiol., 1937, pag. 32.
Stone L. Ruth. Journ. Inf. Dis., vol. XXXIV, 1924, pag. 312.

NOTE E CONTRIBUTI

La terapia della febbre ondulante con la maretina.

(I risultati della mia decennale esperienza).

Dott. ARNOLDO FUSETTI
ufficiale sanitario di Porretta Terme.

Da qualche mese avevo notato con sorpresa che alcuni malati di febbre melitense che venivano alla mia osservazione erano stati curati con la maretina.

Dal prof. D'Antona direttore sanitario di queste Terme giorni fa ho appreso che tale cura era ormai di pubblico dominio dopo un articolo del prof. Melli apparso sul *Policlinico*, Sezione Pratica, n. 46, del 15 novembre 1937.

Mi sono procurato tale articolo ed ho letto con piacere quanto scrive il Clinico di Parma perchè ho avuto così la conferma della efficacia della cura maretinica che io pratico ormai da 10 anni e di cui non ho mai fatto mistero fin dai primi tempi sia con colleghi vicini e lontani e sia con autorevoli Clinici; e se io oggi ritorno sull'argomento, non è tanto per rivendicare un diritto di priorità quanto per far conoscere i frutti della mia decennale esperienza in argomento.

Ho scoperto l'efficacia della maretina nella maltese in seguito ad un errore di diagnosi:

Nell'aprile del 1928 il sig. Bettuzzi Ciro di Porretta Terme che si recava per la sua professione a Prato (si ebbero poi numerosi casi di melitense in quella città) ritornò con febbre alta (oltre 40°) che curai per... febbre intestinale. Non avendosi miglioramento si chiamò dopo tre settimane un consulente che propendeva per una forma influenzale; finalmente fu chiamato il compianto prof. Giuseppe Dagnini che avendo riscontrato presenza di catarro al polmone sin. parlò di forma specifica ilare.

Ho sempre avuto una simpatia per la maretina, ed in quella circostanza volli provarla anche perchè consigliata nelle forme specifiche iperpiretiche; aggiunsi qualche puntura di chinino. Con mia meraviglia vidi abbassarsi la temperatura.

Scrissi al prof. Dagnini informandolo della mia prova e dicendogli che se non era malaria o maltese a mio avviso era una loro sorella (sic!) perchè il catarro era scomparso e non si poteva pensare alla forma polmonare. Mi rispose che continuassi pure con maretina e chinino: guarì, ed è tuttora vivo e sano.

D'allora ho avuto in cura numerosi casi: *non meno di duecento*, e ciò perchè la fama della mia cura della maltese si era rapidamente diffusa nel Ferrarese, nel Ravennate e insomma nel Circondario come posso ampiamente documentare avendo sempre tenuto di ogni malato la nota clinica.

Nonostante che il prof. C. F. Zanelli allora Presidente dell'Ordine dei Medici mi abbia ripetutamente sollecitato a pubblicare una nota sulla mia Terapia, io non mi sono mai deciso a dare diffusione a stampa del mio metodo di cura, devo però dire che ne ho parlato a molti luminari della scienza: tutti hanno approvato, nessuno mi ha confortato con l'esperienza come inopinatamente ha fatto ora il prof. Melli.

Solo il prof. Gamna, allora Clinico Medico a Siena, mi disse nel 1933 che in tre casi che aveva curato con la maretina per mio suggerimento aveva ottenuto ottimo risultato.

Ma il prof. Rietti di Ferrara dal quale mi recai nel 1932, dopo aver provato in dieci casi, mi scrisse che non aveva ottenuto alcun risultato *neanche temporaneo*.

Eppure, non se ne dolga, io gli potrei dire che ho curato poi alcuni suoi malati ai quali egli non aveva somministrato la maretina e sui quali io ho avuto ottimi risultati.

Altrettanto potrei dire del mio maestro prof. Lanzerini che mi disse d'aver fatto provare e provato la maretina senza risultato (1).

Tutti gli anni però io avevo intanto occasione di vedere diversi malati e di rimanere convinto dell'efficacia della cura che io fissavo in queste conclusioni:

1) la cura della maretina nella melitense è altrettanto efficace della cura chininica nella malaria;

2) la Brucellosi viene stroncata dalla maretina sì da ritenersi definitivamente vinta anche se qualche guizzo sopravvive;

3) gli effetti della maretina sono fortemente potenziati associandovi il fattore climatico.

Questo ho avuto occasione di affermare per citare qualche nome al prof. Pozzato, direttore dell'Ospedale Maggiore di Milano; al prof. Gamna citato; al prof. C. F. Zanelli, al prof. Enrico Boschi, al prof. Lanzerini, al medico provinciale prof. Tavernari, al prof. Giovanni Dagnini, al medico prov. prof. Addari che mi ha affettuosamente incoraggiato e mi è buon

---

(1) Tanto il prof. Rietti come il prof. Lanzerini mi hanno scritto in questi giorni di aver ottenuto in prosieguo ottimi risultati dalla maretina, e confermata la testimonianza della mia priorità nella cura.

testimonio assieme al prof. Scalfati ispettore alla Direzione Generale della Sanità che mi promise di esperimentarlo in Sicilia.

Dopo questi ricordi storici desidero qui fare alcune osservazioni di indole pratica non trovandomi io in condizioni di condurre ricerche cliniche e sperimentali.

All'interrogativo del prof. Melli se la malattia ricompaia dopo la cura, dopo i numerosi casi osservati posso rispondere negativamente. Circa la dose e la durata della cura dirò che io adopero da 20 a 30 cg. pro dosi, 2 o 3 volte al dì.

Quasi sempre dopo un giorno e talvolta dopo una cartina si nota la depressione della temperatura.

Nessun inconveniente ho riscontrato nella cura che è perfettamente tollerata.

Non ho oltrepassato il grammo e mezzo nelle ventiquattro ore.

Una obbiezione di alta importanza mi veniva mossa da alcuni colleghi:

Io abito a Porretta Terme cioè in zona climatica, i miei malati in gran parte vengono ad abitare nel periodo di cura in questi dintorni fino a 800 m. e più: essendo ben nota l'importanza del fattore climatico anzi altimetrico nella cura della brucellosi, si attribuiva a questo il merito dei risultati ottenuti.

Io stesso nel 1925 ebbi a Montese (800 m.) un malato, certo Bernabei che dopo quaranta giorni di inutile cura a domicilio e circa un mese all'Ospedale Maggiore di Bologna, ritornò sfiduciato al suo paese con una scatola di fiale di un autosiero preparato dal prof. Busacchi. Le fiale in una caduta si ruppero... il malato guarì ugualmente dopo pochi giorni.

Che la malattia abbia tendenza alla guarigione spontanea e che il cambiamento di clima sia un elemento di cura è ben notorio.

Ma è un fatto però che la sola montagna non basta alla cura nella massima parte dei casi.

Potrei citare decine di casi di malati che erano in montagna da settimane senza miglioramenti e che dopo la cura maretinica sono immediatamente sfebbrati.

Per provare l'efficacia del farmaco io avevo perciò bisogno di provare due cose:

1) che la sola cura della montagna non basta;

2) che anche in pianura la maretina è efficace.

Al primo quesito senza riportare i numerosi casi e le curve termometriche che tengo a disposizione e che furono controllate al Medico Provinciale posso rispondere con l'esperienza personale.

Al secondo quesito risponde il Clinico di Parma esaurientemente coi nove casi curati.

Citerò solo alcune osservazioni del mese di luglio u. s.

L'11 luglio vennero al mio ambulatorio:

1) Bovinelli Giovanni;
2) Testoni Irma;
3) Bardasi Dina;
4) Mandrioli Antonio;
5) Testoni Arturo.

Tutti di Galliera; tutti erano a Granaglione (800 m.) da circa una settimana senza miglioramento nella febbre.

Ai primi tre feci iniziare la cura; gli altri due vennero solo per accompagnamento e forse senza fede per osservare.

I primi tre sfebbrarono subito, agli altri due continuò la febbre.

Il giorno 15 gli altri due si presentarono, fecero la cura e guarirono tutti ritornando al loro paese dopo due settimane.

Intolleranza ed insuccessi:

Sì. Devo dire anche questo: intolleranza al farmaco come dissi, nessuna, perciò ben ritengo che si possa aumentare la dose.

Insuccessi: nei cardiopatici forse perchè ho avuto maggiori cautele o per difetto di assorbimento, non ho avuto il consueto risultato ed ho ritenuto prudente sospendere la cura.

Nell'articolo citato il prof. Melli scrive:

« All'esposizione pura e semplice dei risultati ottenuti col trattamento maretinico è dedicata la presente nota a carattere preventivo — tengo anzi a specificare che non ho compiuto alcuna particolare ricerca bibliografica e che quindi non sono in grado di tassativamente affermare essere questo il primo tentativo di trattamento di tale sorta, benchè altri non me ne risultino.

Certo tale trattamento è ignorato in modo assoluto nella corrente pratica medica, e non fosse che per questo motivo, merita di essere segnalato, in vista della sua cospicua efficacia! ».

Mi consentirà il prof. Melli, dopo quanto ho esposto, d'affermare che io ho iniziato da 10 anni or sono la cura con la maretina, che l'ho praticata largamente e che l'ho ampiamente propagandata tra colleghi ed illustri medici.

Sono lieto, ripeto, che da un pulpito più alto del mio venga la conferma delle mie osservazioni. Auguro che il metodo di cura perfezionato da chi ha maggiori possibilità delle mie, possa essere universalmente adottato e portare il beneficio della pronta guarigione ad

un numero di malati che va rapidamente aumentando di anno in anno facendo assumere alla Brucellosi i caratteri di una delle più gravi malattie sociali.

RIASSUNTO.

L'A. espone gli ottimi risultati ottenuti dalla maretina nella cura di oltre 200 casi di febbre ondulante; cura che egli pratica da circa dieci anni.

(Lavoro pervenuto in redazione il 1°-IX-1938-XVI).

STUDI RIASSUNTIVI

OSPEDALE DEL LITTORIO
PADIGLIONE MORGAGNI - ROMA.

Cisti e tumori del polmone (*).

Dott. F. SCIACCA, aiuto chirurgo.

1) *Tumori.*

La prima grande distinzione che è necessario fare nei tumori del polmone è quella di dividerli in tumori benigni e tumori maligni.

Tumori benigni. — I tumori benigni hanno naturalmente una importanza minima in confronto dei maligni e rappresentano spesso un semplice reperto necroscopico od operatorio occasionale. Fanno naturalmente eccezione a questa regola alcuni pochi casi di tumori benigni che hanno dato segno di sè solo per la loro particolare situazione anatomica, provocando ad esempio col loro sviluppo dei segni di stenosi bronchiale accompagnati o meno da fatti atelettasici, infiammatori, ecc. del relativo parenchima.

I meno rari tra i tumori benigni sono quasi certamente i fibromi, a sviluppo per lo più peribronchiale o endobronchiale: esistono del pari dei lipomi, questi ultimi per lo più sottopleurici e di facile asportazione, dei condromi che prendono origine dal tessuto cartilagineo bronchiale a diversa altezza dell'albero bronchiale intrapolmonare o da germi cartilaginei parenchimali; qualche caso di osteoma anch'esso proveniente con verosimiglianza da nidi cartilaginei che vanno incontro all'ossificazione o direttamente dal tessuto connettivo, così pure sono stati descritti degli angiomi per lo più cavernosi, sul tipo dei cavernomi del fegato, della milza, ecc. e che al pari di essi vanno forse considerati più come malformazioni, come errori del tessuto, che come tumori (Amartomi o coristomi nel senso di Albrecht, displasie). Vanno segnalati a parte alcuni casi di embriomi [cisti dermoide (Dionisi)] da considerare tra i tumori benigni, tenendo sempre presente d'altronde la possibilità di una loro trasformazione maligna.

(*) Copia di lavoro di concorso.

Tumori maligni. — Ben diversa importanza hanno invece i tumori maligni del polmone, epiteliomi, sarcomi e qualche raro embrioide, specialmente i primi di gran lunga i più frequenti (nella proporzione approssimativa di 1 sarcoma su 10 epiteliomi). Esclusivamente di essi ci occuperemo d'ora in avanti.

Eliologia e patogenesi. — La frequenza dei tumori maligni del polmone sembra attualmente in netta evoluzione: certo da una parte questo è da attribuire ai migliorati sistemi diagnostici e in ispecie allo sviluppo della radiologia, della broncoscopia, ecc. ma oltre questo è certo che esiste un aumento assoluto di frequenza della malattia come è sostenuto del resto da tutti gli studiosi dell'argomento.

Sono state emesse infatti delle teorie etiologiche in accordo con questa osservazione e si è voluta attribuire volta a volta la causa di questi tumori maligni alla inalazione di gas di guerra o di gas da officina, alla inalazione di catrame relativa all'aumentato uso di esso, all'aumento del pari verificatosi nella frequenza degli ascessi polmonari, ecc.

Altre cause etiologiche invocate sono naturalmente le pneumoconiosi, le antracosi, tutte le pregresse infiammazioni acute e croniche, ecc.

Molta importanza si vuol dare attualmente ad esempio alla sifilide. Del resto anche su caverne tubercolari si è visto impiantarsi qualche volta un tumore.

Si è attribuita del pari importanza ai traumi, forse con maggior ragione per quello che riguarda lo sviluppo di un sarcoma.

È stata pure invocata la razza come predisponente alla malattia in parola ed è stata dimostrata una netta prevalenza degli ebrei, in ispecie orientali.

Infatti tra le più vaste statistiche riguardanti i tumori polmonari figurano quelle di Robin e Neuhoff dell'Ospedale Mount-Sinai di New York! Del pari ha importanza al solito l'età, adulta specie per gli epiteliomi, giovane per i sarcomi, il sesso (gli uomini sono più esposti delle donne alle cause sopra invocate), ecc.

Per concludere si può dire che la importanza maggiore tra tutte le cause etiologiche sopra esposte va riserbata senza dubbio ai processi infiammatori, specie cronici, che favoriscono l'insorgenza del tumore per le metaplasie epiteliali che producono, per lo sviluppo

glandolare eterotopico che quasi sempre provocano a carico della mucosa bronchiale, ecc.

Per quello che riguarda l'origine c'è da dire che si è molto discusso su di essa: alcuni hanno fatto delle distinzioni tra una origine bronchiale o una origine parenchimatosa; in qualche raro caso di tumore embrionale sia cistico (cisti dermoide o embrioma o tumore a tessuti adulti, coetaneo) che solido o microcistico (embrioide, tumore a tessuti immaturi) si sono naturalmente invocate le origini embrionali (inclusioni blastomeriche, ecc.) proprie a questo tipo di tumori.

La discussione, oggi, specie per merito degli autori americani (Archibald, Lilienthal, ecc.) sembra fissata definitivamente sul concetto che tutti i tumori epiteliali maligni del polmone (esclusi quindi i non frequenti sarcomi e i rarissimi tumori embrionali) abbiano una genesi broncogena.

Questa genesi è sostenuta più che altro dal dato embriologico che *tutto* l'epitelio polmonare, compreso quello alveolare è di provenienza sicuramente bronchiale.

CONCETTI DI CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI MALIGNI.

I concetti che hanno guidato i diversi autori nei loro tentativi di classificazione sono stati naturalmente vari.

Alcuni hanno classificato i tumori maligni del polmone a seconda di un concetto topografico ed estensivo: si è così parlato di *Forme ilari* (di gran lunga le più frequenti, rappresentando il 90 % della totalità), di *Forme corticali*, di *Forme lobari* e *pseudolobari*, di *Forme totali*.

Per quello che riguarda la tendenza del processo si sono distinte *Forme infiltranti* e *Forme nodulari* (uni o multinodulari).

Così in rapporto al punto di origine del tumore si è parlato di *Forme bronchiali*, di *Forme alveolari* e di *Forme miste*.

È logico che esistano del pari delle classificazioni guidate da un criterio clinico, come *Forme a sintomatologia polmonare*, *Forme a sintomatologia mediastinica*, *Forme a sintomatologia pleurica e Forme miste*, forse le più frequenti.

La classificazione più completa e più importante resta ad ogni modo quella anatomo-patologica.

ANATOMIA PATOLOGICA MACROSCOPICA.

Dal punto di vista anatomo-patologico-macroscopico i tumori epiteliali maligni del polmone si presentano di colorito chiaro per lo più, grigiastro o biancastro-roseo. Naturalmente il tessuto neoplastico è distribuito variamente nel tessuto parenchimale a seconda che si tratti di forme nodulari o di forme infiltrate.

Nel primo caso il tessuto ha dei limiti abbastanza netti, nel secondo caso il tessuto ha dei limiti più o meno indistinti a seconda dei casi. Il tessuto polmonare circostante si presenta variamente a seconda delle diverse reazioni di vicinanza al quale può andare incontro (congestioni attive e passive per processi di edema collaterale, per fatti infiammatori, per stasi da compressione vasale, ecc.). L'aspetto macroscopico varierà ancora per i fatti di degenerazione che possono avvenire, in seno stesso al tessuto neoplastico (pseudo-cisti, suppurazioni, ecc.). In alcuni casi il tumore acquista quindi un carattere nettamente cavitario tanto da non poter distinguersi da un ascesso semplice o gangrenoso del polmone, nè dal punto di vista macroscopico, nè dal punto di vista clinico (i cosidetti cancri-ascessi di Sauerbruch).

Il sarcoma d'altro canto si presenta ben delimitato, di forma sferoidale ed ovoide, di colorito forse un po' più vario per la facile possibilità di emorragie dai vasi di cui è riccamente provvisto. Del pari può mostrare fatti necrotici e infiammatori.

Questo concetto di limitazione fà naturalmente difetto in alcuni rari casi di linfosarcomatosi localizzata, qualche volta descritti, come vedremo meglio in seguito.

Per tutti i tumori in genere esiste del pari un'anatomia patologica macroscopica delle complicazioni (pleuriche e polmonari) che nel caso nostro ha un interesse assolutamente secondario.

ANATOMIA PATOLOGICA MICROSCOPICA.

1) *Tumori connettivali maligni.*

È bene trattare per primo e in maniera schematica la istologia dei tumori maligni connettivali data la maggiore brevità.

In essi si sono distinti:

Sarcomi fusocellulari, costituiti al solito da più o meno scarsa sostanza fondamentale fibrillare e da numerose cellule fibroblastiche che presentano le comuni caratteristiche di malignità (mitosi anormali, alterazioni cromatiche, mostruosità cellulari, ecc.). Come in tutti i sarcomi si nota una grande abbondanza cellulare che può d'altronde variare nei rapporti con la sostanza fondamentale.

Sarcomi globo-cellulari (a grandi e piccole cellule rotonde). — La loro costituzione è chiara dalla semplice enunciazione. Sono for-

*

me a cellule connettive meno mature e quindi di maggiore malignità. In alcuni casi l'abbondanza cellulare è tale che si arriva ad una consistenza quasi encefaloide del tumore.

Per molti autori parecchi tumori descritti come sarcomi globo-cellulari vanno considerati invece come epiteliomi o pure come tumori del tessuto linfatico (*Linfoblastomi e Linfocitomi*).

Il concetto è verosimile e da accettarsi anche per analogia con quello che si è fatto per altri organi (per esempio: mammella).

Abbiamo già detto che carattere comune a tutti i sarcomi è il netto incapsulamento, per lo meno per quasi tutto il loro decorso.

Linfosarcomi. — Come abbiamo accennato sono tumori rarissimi e andrebbero meglio etichettati come *Forme localizzate della linfosarcomatosi* (malattia di Krundrat e Paltauff) onde evitare confusioni di omonimia col vero linfosarcoma o sarcoma nato nel connettivo di una ghiandola linfatica.

Nel quadro del linfosarcoma inteso in senso generico infatti molti inglobano tutti i tumori maligni, costituiti da cellule linfatiche più o meno immature e parlano quindi, volta a volta, nel caso che vogliano precisare, di Linfoblastomi o di Linfocitomi.

Altri invece descrivono a parte come abbiamo detto sopra, quale linfosarcoma vero e proprio la forma localizzata di linfosarcomatosi.

Per Oberling poi che ci ha dato una classificazione completa dei tumori del reticolo-endotelio, bisognerebbe riserbare esclusivamente il nome di linfosarcoma *ai tumori* costituiti da *prolinfociti*, e chiamare i tumori più maturi linfoblastomi e linfocitomi, e i meno maturi: reticolo-linfo-sarcomi, reticolo-endotelio-sarcomi e reticolo-sarcomi indifferenziati man mano che si va salendo la scala di immaturità.

2) *Tumori maligni epiteliali.*

In un primo gruppo di queste neoplasie bisogna distinguere gli:

1) *Epiteliomi cilindrici.* Essi sono variamente strutturati. In alcuni casi hanno una costituzione di *Adeno-carcinomi* e provengono verosimilmente dalle ghiandole bronchiali. In altri casi più rari hanno una struttura di *Carcinoma solido* a cellule cilindriche. (Il cosidetto cancro midollare a cellule cilindriche).

Il secondo gruppo è costituito dagli *Epiteliomi a cellule squamose* o pavimentose. In questo gruppo di tumori intesi anche come epiteliomi malpighiani e paramalpighiani, bisogna necessariamente distinguere i tumori che provengono da un epitelio bronchiale che da cilindrico si è fatto pavimentoso in seguito a metaplasia infiammatoria e i tumori che provengono invece dalle cellule degli alveoli polmonari (*i cosidetti pneumocitomi*). Sia nell'uno che nell'altro caso si può avere una formazione di globi cornei.

Oltre questi due gruppi di epiteliomi pavimentosi Ewing ammette che esistano dei casi nei quali l'origine delle cellule pavimentose deve essere ricercata in inclusioni epiteliali di epitelio extra broncopolmonare.

Per questa ragione Ewing classifica i tumori maligni del polmone come: « Istioidi » ossia da tessuti normalmente contenuti nel polmone, ed « Eterotopici ».

Il terzo gruppo di tumori epiteliali è rappresentato dagli *Epiteliomi a cellule indifferenziate.*

Come è comprensibile le cellule di questo gruppo hanno la particolarità di non dare a divedere assolutamente la loro origine. In qualche caso sono piccolo-rotonde.

Nel quarto ed ultimo gruppo infine vanno compresi gli *Epiteliomi a cellule polimorfe.*

In essi esiste un tale polimorfismo cellulare da sfidare qualunque descrizione.

Come si vede gli epiteilomi polmonari si presentano sotto gli aspetti più svariati, tanto da potersi dire che la frase più felice per indicarli sia stata quella di Cristaller quando affermava doversi chiamare il carcinoma del polmone « Tumore proteo ».

Vernoni aggiunge che l'aggettivo andrebbe applicato con altrettanta verità in riguardo al quadro clinico, come vedremo appresso.

3) *Tumori embrionali.*

Le rare cisti dermoidi descritte nel polmone non richiedono alcuna descrizione speciale essendo perfettamente simili a quelle descritte per altri organi.

Anche qui possono avere un aspetto uniloculare, con nodulo intramurale costituito da tessuti adulti provenienti da tutti e 3 i foglietti embrionali, e teoricamente anche un aspetto multiloculare (come alcune del testicolo per esempio).

Così lo stesso si dica per qualche embrioide, solido o microcistico, costituito da tessuti provenienti da tutti e 3 i foglietti embrionali ma allo stato più o meno immaturo.

(Tra parentesi diciamo che alcuni autori vogliono includere tra gli Embrioidi del polmone, alcuni degli osteomi, degli encondromi, dei mixomi descritti, considerandoli co-

me Embrioidi *semplificati*, nel senso cioè che uno dei tessuti primitivamente presenti e derivanti dai 3 foglietti, abbia preso uno sviluppo esclusivo a spese degli altri. Andrebbero insomma classificati come *Embriomi monodermici* nel senso di Roncali.

Lo stesso si dica per le cisti multiple del polmone, o malattia policistica, considerata da molti come *tumore* e precisamente *embrionale* per la varia costituzione epiteliale delle sue cisti (epitelio cilindrico, piatto, a volte anche ciliato).

Naturalmente questi concetti non incontrano la generale approvazione e li esponiamo solo per quel conto che se ne possa tenere).

QUADRO CLINICO DEI TUMORI MALIGNI DEL POLMONE.

Il quadro clinico dei tumori è quanto mai vario e sfugge a qualunque tentativo di inquadramento preciso.

Si può solo dire che sono stati descritti dei quadri a sintomatologia polmonare, a sintomatologia pleurica, mediastinica, ecc.

Molti poi per lungo tempo rimangono latenti o si manifestano in occasione di una complicazione.

Possiamo solo dire che i sintomi subiettivi ed obiettivi non hanno un valore assoluto per il tumore ma sono comuni a molte malattie polmonari e qualche volta extrapolmonari. E sono d'altro canto confusi dalle frequenti complicazioni.

Così per esempio subiettivamente il paziente accusa spesso senso di debolezza e malessere progressivo, qualche volta dolori puntori, è spesso afflitto da febbre, da dispnea sulla cui origine si è molto discusso e che in molti casi va attribuita a fatti di broncostenosi, presenta tosse con o senza espettorato (l'espettorato gelatina di lampone ritenuto una volta patognomonico non lo è più) qualche volta emottisi più o meno abbondanti, più o meno capricciose.

La maggior parte di questi sintomi dipendono naturalmente dallo sviluppo, dalla sede del tumore e dalla presenza o meno di fatti parenchimali o a carico di organi circostanti.

Si è visto così qualche volta il tumore provocare una sindrome di eccitazione simpatica o al contrario una sindrome di Bernard-Horner, sintomi a carico degli organi mediastinali con cianosi varia, disturbi cardiaci, addominali, disfagici, ecc.

Tutti i rilievi obiettivi, sia ispettivi che percussori e ascoltatori sono guidati dalle stesse considerazioni. Così ad esempio in alcuni tumori a forma lobare troviamo i segni propri alla carnificazione di un lobo (ottusità, soffio, ecc.) altre volte troviamo i segni di una broncostenosi, altre volte ancora rileviamo dei netti segni pleurici.

Tutto dipende come abbiamo detto dalla sede, dallo sviluppo e dalle complicazioni del tumore.

Ad esempio il quadro clinico alcune volte sembrerebbe chiarissimo per un ascesso (carcinomi-ascessi) per la febbre, per l'espettorato, ecc. Altre volte il quadro è quello di una tubercolosi. Qualche volta i pazienti sono stati scambiati come pleuritici, broncopolmonitici, bronchiectasici, ecc. In molti casi il quadro clinico era dominato dai segni metastatici più che dai segni propri del tumore.

DIAGNOSI.

Per tutte le considerazioni suesposte la diagnosi dei tumori maligni del polmone è difficile, spesso addirittura impossibile con i soli criteri clinici e il problema diagnostico investe quasi tutta la patologia polmonare, specie per quello che riguarda le infiammazioni croniche (sifilide, tubercolosi, actinomicosi, lesioni da altri funghi (oidium albicans, ecc.). Forse uno dei criteri più importanti ci può venire fornito dal decorso, ma neanche questo è certo.

Spesso la diagnosi non si precisa neanche con i sussidi che oggi abbiamo a nostra disposizione.

Così le punture praticate a scopo diagnostico, spesso negative, lasciano in dubbio anche quando dimostrano un essudato pleurico emorragico, o ci mettono addirittura su falsa strada quando ci dimostrano del pus. Solo la osservazione di cellule neoplastiche, d'altronde rarissima e riserbata più specialmente ai tumori primitivi della pleura, potrebbe indirizzarci alla diagnosi.

Altrettanto si dica delle varie reazioni (Wassermann, tubercolina, ecc.).

Gli esami microscopici dell'espettorato possono valere solo quando vi sia un reparto netto di cellule neoplastiche.

I vari criteri riguardanti le fibre elastiche nell'espettorato e che dovrebbero indirizzarci verso la diagnosi differenziale tra cancro ed ascesso polmonare si sono dimostrati assolutamente insufficienti.

Invece un mezzo prezioso di diagnosi è rappresentato dalla broncoscopia, naturalmente nei casi nei quali il tumore abbia avuto inizio da un grosso bronco o da un bronco comunque raggiungibile.

Ma certo il mezzo più utile ai fini della diagnosi è rappresentato dalla indagine radio-

logica (radioscopia, radiografia semplice, radiografia con mezzi di contrasto, radiografia dopo pneumotorace diagnostico).

Essa ci dà indicazioni di sede, di estensione e spesso anche di natura.

Bisogna però tenere presente che qualche volta neanche la radiologia ci fà fare la diagnosi. Esistono dei casi in cui dei sarcomi per la loro ombra rotondeggiante od ovalare sono stati diagnosticati come cisti.

A tale riguardo i caratteri dell'ombra, grigia in caso di tumore, molto più oscura in caso di cisti, possono essere falsati dallo stato del parenchima polmonare ante e retrostante. Così pure vi sono stati dei casi di sifilide polmonare, sia gommosa che sclero-gommosa o sclerosa, scambiati per tumori o viceversa. Il carattere della infiammazione luetica di essere spesso parailare non può bastare dato che come abbiamo detto i tumori del polmone sono ilari nel 90 % dei casi e sono spesso infiltranti. Anche radiologicamente forme di tumori con sviluppo accentuato di metastasi parailari sono stati scambiati per tumori primitivi delle linfoghiandole, per infiltrati di Ranke o di Asmann tubercolari e viceversa. L'actinomicosi primitiva, per lo più ilare non è lo stesso facilmente differenziabile.

Così spesso anche ai più scrupolosi esami radiologici non è stato possibile differenziare da un tumore una caverna tubercolare o un ascesso del polmone. Lo stesso dicasi per le pleuriti interlobari, oggi da quasi tutti gli autori considerate come ascessi polmonari nella maggior parte dei casi.

Quando abbiano fallito tutti questi tentativi diagnostici l'ultima pratica descritta è naturalmente quella della toracotomia esplorativa che può rappresentare spesso il primo tempo di una cura più o meno radicale.

METASTASI, COMPLICAZIONI E DECORSO.

Le metastasi della maggior parte dei tumori polmonari si fanno per via linfatica, senza tener conto naturalmente della progressione del tumore per continuità e contiguità. Solo i sarcomi preferiscono spesso la via sanguigna.

Le metastasi più importanti sono quelle a carico dei gangli linfatici ilari, parailari, bronchiali, tracheo-bronchiali, ecc. Quello che c'è di notevole ed utile ai fini curativi è che danno metastasi più precocemente i tumori corticali che quelli ilari sviluppati per lo più a carico di grossi bronchi. La dimostrazione di questo comportamento è stata data anche sperimentalmente. Con la iniezione di carminio si è visto che il colore si è trovato più presto nei gangli quando era stato messo alla periferia.

Una generalizzazione non si vide quasi mai: i tumori del polmone uccidono il paziente prima che si sia avuto il tempo di una generalizzazione.

Tra le complicazioni, notevoli quelle con fatti infiammatori (bronchiti, broncopolmoniti, pleuriti, ascessi).

Da notare dei casi di necrosi anche a tipo massivo per compressione del tumore sulle arterie bronchiali. Così sono stati descritti infarti polmonari, atelectasie da compressioni bronchiali, complicazioni emorragiche gravi.

Da notare la frequente associazione di tubercolosi e tumore e viceversa. In questo ultimo caso si è detto che il processo neoplastico distruggendo vecchi focolai tubercolari abbia messo in libertà bacilli tubercolari in microbismo latente.

Strettamente collegato alle varie pleuriti (emorragiche, purulente, ecc.) il pneumotorace spontaneo. Per quello che riguarda il decorso poco v'è da dire, il decorso è strettamente legato alla istologia del tumore, alla sede (corticale o centrale) alle complicazioni. Si capisce quindi come esso possa variare. Naturalmente non esistono praticamente per i tumori, i capitoli: prognosi ed esiti.

Essi sono assolutamente negativi nel decorso spontaneo, qualche raro caso di guarigione (1 o 2) può ottenersi solo con la cura chirurgica radicale.

CURA.

La cura è chirurgica o radio e radium-terapica. Dal punto di vista chirurgico si sono dimostrate insufficienti le pneumectomie parziali ed anche le lobectomie. Queste ultime sono più indicate nelle bronchiectasie: nei tumori hanno dato scarsi risultati. Tanto eseguite in un tempo (metodo di Lilienthal) che in 2 tempi (metodo di Robinson) o come lobectomie o meglio pneumectomie progressive (col termocauterio, metodo di Graham, o col bisturi elettrico, metodo cuneiforme di Coquelet).

Solo la pneumonectomia totale può essere una operazione logica.

La prima pneumectomia totale per tumore finita con la guarigione è stata praticata da Nissen.

In questo campo i chirurghi americani pare che abbiano dimostrato la migliore preparazione chirurgica teorica e pratica.

È infatti idea di Archibald quella di far precedere alle lobectomie e pneumonectomie to-

tali, un pneumotorace che abitui il mediastino alle nuove condizioni che verranno create dalla successiva operazione.

C'è inoltre da dire che tutte le vie sono state provate per questo genere di operazioni, la migliore pare si sia dimostrata la postero-laterale.

Sauerbruch consiglia la via anteriore che dà maggior luce sulla regione del peduncolo. È consigliabile operare con pressioni differenziali.

Fino ad oggi sono state eseguite una sessantina circa di lobectomie e una ventina di pneumonectomie totali. Quasi tutte come dicevamo con esiti disastrosi immediati e precoci.

Le maggiori complicazioni si sono avute per scok, per emorragie del peduncolo (donde le varie tecniche della legatura elastica delle pinze a dimora, delle legature isolate dei vasi bronchiali e dei bronchi, delle causticazioni, delle legature doppie, ecc.) e per fatti suppurativi.

La cura radio e radium-terapia (quest'ultima specie come telecurieterapia) hanno dato solamente risultati incoraggianti in qualche forma di tumore a cellule molto immature. Specialmente radiosensibili si sono dimostrati i tumori composti di tessuto linfatico. Tale cura è di tecnica delicata ed ha bisogno ancora di ulteriori constatazioni e perfezionamenti.

Nulla c'è da dire di notevole per quanto riguarda la cura palliativa.

Cisti del polmone.

Sono di osservazione frequente solo le cisti di echinococco del polmone.

Meno frequenti le cisti congenite (multiple, polmone policistico o come grandi cisti uniche congenite aeree o sierose, interpretate dalla maggior parte quali grosse bronchiectasie congenite [Kindberg e Monod] o come linfangiomi cistici analoghi alle cisti sierose del collo per es.). Sono state pure descritte delle cisti da cisticerco.

A proposito del polmone policistico abbiamo visto nel precedente capitolo quali sono le attuali considerazioni che possano farsi a suo proposito. Non ha del resto importanza chirurgica.

Le grandi cisti anch'esse hanno un limitato interesse chirurgico per la loro estrema rarità.

Bisogna quindi soffermarsi solo sulle cisti da echinococco.

Etiologia e patogenesi.

Le cisti d'echinococco sono dovute allo sviluppo larvare delle uova di tenia echinococco, ospite più frequentemente del cane. Oltre che nell'uomo il ciclo larvare si compie in vari ruminanti. Le uova di tenia ingerite dall'uomo si schiudono per lo più nell'intestino, dando gli embrioni esacanti, piccole masse protoplasmatiche e uncinate che raggiungono le vie sanguigne.

Per spiegare l'echinococco *primitivo* del polmone, si è ammesso che l'embrione esacanto raggiunga il parenchima polmonare o direttamente dalla grande circolazione (sistema di Retzius retrocolico, o per le emorroidarie medie e inferiori) oppure più facilmente dalla circolazione portale. Attraverso i vasi epatici l'embrione passa per le sue facoltà ameboidi.

Qualcuno ha pure parlato di infestazione per la via del grande collettore linfatico addominale.

Si è pure ammessa (Dongan Byrd) una infestazione diretta per via aerea da uova sollevate con la polvere.

Si spiegherebbe così la grande frequenza di echinococchi polmonari primitivi riscontrata in Australia in confronto agli altri paesi.

Il clima secco, la grande polvere, darebbe con una certa facilità la infestazione per inalazione. Si potrebbe anche pensare che l'embrione esacanto in particolari condizioni di clima possa essere più piccolo e attraversare più facilmente il filtro epatico, senza invocare quindi l'origine aerea. Però il Devè è riuscito a dimostrare sperimentalmente questa possibilità.

Comunque l'embrione arrivato nel parenchima si ferma in un piccolo vaso, provocando una trombosi e attorno reazione parvicellulare, e in capo a una settimana fa già vedere una piccola cavità centrale. Dal successivo sviluppo si forma la vescicola idatidea, composta di una membrana cuticolare esterna e proligera o sinciziale interna. Da questa hanno origine le capsule proligere con gli scolici, le vescicole figlie, ecc. Il contenuto liquido è limpido come acqua di roccia.

Sintomi.

Quando così la cisti è ben costituita è raro che non dia sintomi: in genere esistono fatti di urticaria periodici (legati alla dimostrata *periodicità* tossica del liquido) piccole emottisi dovute a congestioni e rotture vasali del pericistico (il tessuto reattivo polmonare circostante alla cisti) il quale è riccamente vascolarizzato.

1ª Fase - Prima della rottura.

In questo primo periodo la sintomatologia è quindi non chiara e dipende specie dalle al-

terazioni circostanti del parenchima: si parla di forme pleuritiche, con la caratteristica che i versamenti sono fugaci e recidivanti forme pseudo tubercolari con emottisi, forme broncopneumoniche, ecc.

Nel secondo periodo (fase della rottura) che deve presto o tardi avvenire (salvo qualche raro caso di cisti mastice) il quadro è dominato dalla vomica idatidea. Questa può essere improvvisa e totale, può essere frazionata, ecc.

Nel quadro altamente drammatico della inondazione tracheo bronchiale non si può dire quali segni siano dovuti allo scok anafilattico e quali all'asfissia. Nello scok sono state distinte forme benigne, gravi e mortali.

La vomica in molti casi rappresenta l'espulsione totale della cisti, in altri casi la cisti afflosciata rimane a costituire la cosidetta « *piopneumocisti* ».

La causa della rottura va ricercata quasi sempre nella infezione della cisti. Quando la cisti è suppurata non dà scok anafilattico.

Nella 3ª fase (dopo la rottura) si hanno tutti i segni di una suppurazione polmonare cavitaria, che si prolunga più o meno ribelle. In molti casi invece si arriva alla guarigione spontanea.

Quando la cisti si rompe ma non è suppurata può dar luogo ad una echinococcosi secondaria del polmone (la cosidetta echinococcosi secondaria *del tessuto* di Devè). Del resto esiste anche una echinococcosi secondaria metastatica per rottura di cisti di altri organi nella cava sup. o inferiore o addirittura per cisti cardiache rotte (Devè-Boppe).

Diagnosi. La diagnosi non è facile. Tutti i criteri descritti sono criteri generali ma non patognomonici, sia quelli percussori che ascoltatori. Sono falsati inoltre dalle complicazioni. L'unico dato diagnostico di valore è il decorso, la vomica, specie se con vescicole o resti di membrane o scolici, ecc. I vari problemi diagnostici dovrebbero essere posti nelle 3 fasi della malattia.

La diagnosi è dovuta per lo più alla radiologia, specie prima della rottura. Bisogna escludere i sarcomi.

Detti criteri diagnostici e diagnostici differenziali importanti sono l'eosinofilia, la reazione di Casoni, la deviazione del complemento (Ghedini-Weimberg) la sottocutaneo reazione (Pontano).

Da escludere assolutamente la puntura esplorativa; il liquido che si versa tra cisti e pericisti o nel quale si aprono sempre dei bronchi più o meno importanti, produce spesso la inondazione tracheobronchiale, con scok anafilattico più o meno grave e inoltre espongono al pericolo della infestazione dell'altro polmone. Oltre che naturalmente all'asfissia.

Complicazioni. Le complicazioni più importanti sono a carico del tessuto polmonare (bronchiti, broncopolmoniti, pleuriti (nell'echinococco *non* suppurato la pleurite è rarissima) o a carico della stessa cisti.

Abbiamo già visto che per essa consistono nella rottura e nella suppurazione, spesso tra loro legate.

Si sono descritte rotture nei vari organi circostanti (esofago, ecc.) ma sono più frequenti nella pleura, quando le cisti sono corticali. Teoricamente la cisti non suppurata può continuare a vivere nella pleura (cisti *nuda*) la cisti suppurata dà pleuriti suppurative, putride, piopneumotoraci.

Non abbiamo il tempo di occuparci della *prognosi*, del resto intuitiva per quello che abbiamo sopra esposto.

Cura. Le cure mediche con sostanze parassiticide non hanno dato alcun risultato (neosalvarsan, emetina, ecc.).

La cura dell'echinococco polmonare è chirurgica.

Essa varia naturalmente per le cisti suppurate o per le cisti non suppurate. Nel primo caso i criteri di cura sono simili a quelli di una qualunque suppurazione polmonare. Si tratta solo di assicurare un drenaggio.

Ci si rivolge allora alle pneumotomie, in un tempo, quando esistono aderenze pleuriche o in più tempi.

Qualche autore ha dato importanza alle cure broncoscopiche.

Di gran lunga maggiore importanza hanno i criteri di cura per le cisti non suppurate.

Molti praticano malvolentieri questa cura chirurgica sperando nella guarigione spontanea dopo la vomica: in realtà molti casi guariscono ma non è conveniente contare su tale tipo di guarigione.

Le operazioni che si praticano sono:

1) Marsupializzazione in 1 tempo;
2) Marsupializzazione in 2 tempi;
3) Marsupializzazione in 2 tempi col metodo di Lamas-Mondino.

(Ripetiamo che nella chirurgia polmonare sarebbe utile lavorare con le pressioni differenziali).

Bastano poche parole per illustrare i 3 metodi suesposti: nella marsupializzazione in 1 tempo, dopo resezione costale e apertura della pleura (apertura che è utile circoscrivere con sopraggitto a dietro-punto per evitare il pneumotorace, o col sistema del pneumotorace lento alla Delagenière) si apre il polmone e si

asporta la cisti. I margini del pericistico vengono suturati alla pelle.

Nella marsupializzazione in 2 tempi arrivati alla fissazione del polmone ci si arresta e il polmone viene inciso in 2° tempo.

Nel metodo di Lamas-Mondino invece la marsupializzazione si fa in 2° tempo, dopo aver dato agio al polmone di aderire alla pleura (si tocca con iodio, o si decortica la pleura dal periostio costale posteriore, ecc.). È questo il metodo che dà maggiore sicurezza evitando le infezioni del cavo pleurico.

Diciamo subito che allo scopo di diminuire i pericoli dello scok anafilattico al momento di incidere la cisti, è buona regola generale, quella di *agire presto* e di praticare una larga apertura, per limitare al massimo il versarsi di liquido tra cisti e pericisti.

Il metodo di Finocchietto consiste, a questo scopo, nell'infiggere un grosso trequarti aspirante e nel vuotare così rapidissimamente la cisti stessa.

Dopo queste marsupializzazioni è bene non iniettare alcuna sostanza nel cavo. Così pure è da escludersi il formolaggio della cisti come si fà per il fegato. Drenaggio con tubi e zaffi.

La cavità si può ridurre col metodo di Gerulanos, cioè con una parziale sutura del pericistico attorno a tubo, come si fa per il fegato.

Oltre alle operazioni di marsupializzazione esistono pure le operazioni di asportazione della cisti e riduzione senza drenaggio (Come per il fegato). [*Metodo di Posadas*].

Alcuni hanno tentato di asportare il pericistio, il che non è consigliabile data la sua sottigliezza nelle cisti del polmone.

Per la stessa ragione non è consigliabile il « capitonnage » alla Delbet.

La migliore pratica è quella di suturare il taglio polmonare e basta.

Alcuni dopo riduzione senza drenaggio applicano un pneumotorace. Altri preferiscono applicare il pneumotorace dopo la marsupializzazione in 2 tempi col metodo Lamas (ambedue i metodi sono di Antonucci).

Posadas consiglia nel suo metodo di aspirare successivamente con un ago il liquido che si è potuto versare nella pleura.

Sauerbruch preferisce per le cisti del polmone un primo tempo di piombaggio, naturalmente per quelle profonde.

In conclusione se si dovesse porre una indicazione dei vari metodi, si dovrebbe tener conto di moltissimi fattori e specie della sede.

I casi potrebbero raggrupparsi schematicamente in quelli che non bisogna operare (cisti ilari e qualcuna apicale). In esse l'atto operatorio è difficile e la speranza di un buon drenaggio naturale e guarigione dopo vomica è abbastanza fondata.

(Alle cisti ilari si potrebbe applicare il metodo del piombaggio).

Tutte le altre sono da operare: caso per caso è da preferire questo o quel metodo. Per la scelta bisogna tenere presente che i metodi più sicuri sono quelli delle marsupializzazioni, specie quello di Lamas.

I metodi che darebbero invece una guarigione *migliore* (senza suppurazioni prolungate, senza fatti di fibrificazione polmonare, ecc.) sono quelli di riduzione senza drenaggio (Posadas e derivati). Sono però più pericolosi.

A titolo di completezza diremo che i tentativi di radioterapia, ecc. a scopo parassiticida, non hanno ragione di esistere come i metodi parassiticidi in genere.

RIASSUNTO.

L'A. fà una breve scorsa sulle cisti e i tumori del polmone, soffermandosi particolarmente sull'anatomia-patologica e sul trattamento chirurgico.

SUNTI E RASSEGNE

CIRCOLAZIONE.

Clinica e terapia dell'insufficienza cardiaca acuta.

(H. SIEDEK. *Wiener klin. Wochens.*, 2 dicembre 1938).

Il giudizio sulle malattie circolatorie si è di molto modificato nel corso del tempo, senza che siano intervenute improvvisamente delle nuove scoperte. Un tempo, al centro di tutte le malattie circolatorie troneggiava il cuore; si è studiato minutamente il meccanismo dei vizi cardiaci, spiegando i rumori ed i toni nelle loro diverse qualità ed interpetrando i fenomeni che si osservano nel resto dell'organismo come pure conseguenze meccaniche dei disturbi cardiaci. Così, la cura era sempre rivolta al cuore, sia che il polso fosse in cattivo stato o vi fossero altri disturbi di circolo; il concetto generale era la debolezza cardiaca.

Man mano, però, che si venne riconoscendo l'importanza della periferia circolatoria, si aprirono nuovi orizzonti per la clinica e la terapia. Si apprese il concetto di « shock » e di collasso riconoscendo l'entità del cedimento della periferia vasale e si trovò che il cardiaco non ha malato soltanto il cuore, ma tutto il corpo. Si può così considerare il cardiaco come si fa con un malato del ricambio.

La separazione della debolezza cardiaca dal

cedimento della periferia vasale è già entrata fra i concetti basali del medico, tanto che sono rari gli errori clinico-terapeutici, che possono farsi in questo senso.

Negli ultimi anni, si è rivolta nuovamente l'attenzione al cuore, ma non già nel senso di un ritornare alle antiche idee, ma considerando che il cuore, con il suo sistema coronarico, costituisce un pezzo della periferia vasale che va soggetto agli stessi disturbi che, però, nel caso del cuore — organo centrale del circolo — assumono un altro significato.

Da queste conoscenze derivano le basi per la comprensione della insufficienza acuta.

Ogni muscolo, e quindi anche quello cardiaco, è fornito di capillari, che decorrono fra le singole fibrille, in modo tale che il muscolo può essere in buone condizioni soltanto se tutti i capillari sono ben forniti di sangue. Se il rifornimento di sangue è turbato, quando alla muscolatura si richiede del lavoro, potrà verificarsi quanto segue:

1) La capillarizzazione del muscolo è insufficiente, cioè non tutti i capillari sono percorsi dal sangue.

2) La parete capillare è così alterata che ne viene turbato lo scambio fra sangue e fibrille muscolari, sicchè essa diventa edematosa ed i campi di azione dei capillari si fanno più piccoli.

3) Dai vasi, si ha effusione di un liquido molto albuminoso negli spazi fra la parete capillare ed il tessuto, disturbando così lo scambio di ossigeno fra il sangue ed il tessuto, processo che si ha nella così detta infiammazione sierosa. Aumenta la distanza fra i singoli capillari e si restringe ancora il campo d'azione di questi.

4) Nelle fibre muscolari ipertrofiche e quindi ingrossate, lo scambio dei materiali non avviene come in quelle normali.

Nessuna delle condizioni anzidette può *da sola* provocare l'insufficienza cardiaca improvvisa, salvo l'improvvisa interruzione dell'irrorazione sanguigna nella trombosi coronarica. Si avrà invece l'insufficienza quando occorrono insieme due o più delle dette condizioni (ipertrofia nei vizi valvolari, nell'ipertonia, malattie delle coronarie).

Fra le varie cause dell'insufficienza cardiaca acuta, l'A. annovera anzitutto l'*infarto polmonare.* Oltre alla forma subitanea mortale, vi sono molti casi assai frequenti di pazienti con vizi valvolari, specialmente della tricuspide e della mitrale. che rimangono abbastanza ben compensati per un certo tempo e poi, un giorno, ricorrono al medico perchè in preda a gravi fenomeni: dispnea intensa, cianosi venosa, in qualche caso ittero, spesso emoftoe, copiosi sudori freddi, tachicardia, ritmo di galoppo. Talvolta un dolore toracico, che si irradia alla spalla ed al braccio, fa pensare alla trombosi delle coronarie, con cui la sindrome ha anche di comune il senso di oppressione, mentre il dolore ha sede più propriamente sul cuore; comunque, l'insieme del quadro clinico conferma la diagnosi.

La patogenesi del quadro morboso è la seguente: Per la chiusura di un ramo dell'arteria polmonare, si ha un aumento di pressione nel circolo polmonare; il cuore destro deve fare un enorme lavoro, senza essere rifornito sufficientemente di sangue. Di fatto, in queste condizioni, si ha una pressione bassa nel grande circolo, nell'aorta e quindi il sangue arriva con bassa pressione nel sistema delle coronarie, mentre all'altro capo di questo, all'orecchietta, si ha una pressione elevata. Tale condizione rappresenta la causa principale dell'insufficienza cardiaca acuta; la tachicardia che ne consegue peggiora lo stato. In questa forma di insufficienza del cuore destro, questo si viene dilatando e si ha una stasi nelle grandi vene; si parla così di « cuore polmonare ». Ma anche altre cause cooperano a dare l'improvviso cedimento cardiaco nell'embolismo polmonare e cioè un riflesso che partendo dal polmone restringe le coronarie ed un altro che abbassando la pressione nel grande circolo porta ad un collasso.

L'indicazione più importante della terapia dell'infarto polmonare consiste nell'applicazione, fatta al più presto, di una fasciatura alla gelatina di zinco, anche se non vi sono edemi; in presenza di questi, si mantengono per qualche ora le gambe rialzate in modo che parte del liquido ne defluisca e poi si applica la fasciatura ad entrambi gli arti inferiori, fasciatura che si rinnova dopo qualche giorno, quando le gambe si sono sgonfiate. Il successo non può mancare sempre che la trombosi risieda agli arti inferiori, mentre invece l'applicazione sarà inutile se la sede della trombosi si trova nel piccolo bacino.

Contro la penosa dispnea, giovano le piccole dosi di morfina (10-20 gocce della soluzione all' 1 %) da somministrarsi con le iniezioni di caffeina (0,25). Contro il vomito, è efficace l'atropina, in qualsiasi forma. L'uso della morfina non ha soltanto uno scopo sintomatico, in quanto che essa regolarizzando la respirazione abbassa la pressione nei vasi polmonari e, quindi, il carico del cuore destro. Assai utili sono anche gli esercizi respiratori con profonde espirazioni.

Si somministreranno inoltre largamente i calmanti ed i sonniferi, nonchè la digitale ad alte dosi eventualmente in forma di suppositori.

Come un'altra causa di insufficienza cardiaca va menzionata la *trombosi delle coronarie*, che porta pure ad un improvviso scompenso. Il quadro è molto simile a quello precedente, ma predomina il dolore fortissimo, che dura per delle ore e si irradia al collo, alla spalla ed al braccio, accompagnato da un sen-

so di annientamento. La terapia consiste essenzialmente nella morfina, assoluto riposo in letto e caffeina sotto forma di caffè forte; è controindicata la digitale. La prognosi dell'infarto coronarico non è sempre infausta ed il paziente non raramente può rimettersi abbastanza presto.

Anche la *miocardite* può determinare l'insufficienza cardiaca acuta, raramente ne viene però colpito un cuore in precedenza perfettamente sano, per lo più si tratta di individui con vizi valvolari discretamente compensati, in conseguenza di un'angina accompagnata spesso da dolori articolari. Si manifesta dispnea di alto grado, ingrossamento del fegato, polso venoso visibile, cianosi ed edemi; per lo più, temperatura subfebbrile. I tentativi di vincere lo scompenso con i soliti mezzi è inefficace; la digitale non fa che provocare del vomito, i diuretici non fanno nulla. Importante è la dieta, aclorurata e possibilmente ricca in potassio, con scarsi liquidi e facilmente digeribile. Utile è il salicilato (4 g., 3 volte al giorno, eventualmente per clistere), che ha il solo inconveniente di contenere del sodio, a cui si può in certo modo ovviare con le iniezioni endovenose di calcio. Con la guarigione della fase acuta della mio- od endocardite, si ristabilisce presto il compenso.

Nel corso delle più svariate *malattie infettive*, si può manifestare l'insufficienza cardiaca acuta, sempre però in individui già precedentemente malati di cuore; questo lavora in cattive condizioni, sicchè è reso difficile il ricambio, specialmente dell'ossigeno, sicchè il miocardio insufficientemente nutrito non può più compiere il suo lavoro e si ha lo scompenso acuto. Analogamente si osserva nel morbo di Basedow, per la tachicardia a cui il cuore è sottoposto; in quest'ultimo caso, la digitale è inefficace, mentre giova una leggera cura jodica (3 volte al giorno 10 gocce di Lugol).

Oltre al beri-beri, è importante l'insufficienza cardiaca acuta nella difterite, in cui però non è tanto il cuore che è interessato quanto il circolo generale, per cui si manifesta il collasso. La terapia dovrà quindi considerare queste condizioni, somministrando specialmente dei preparati di corteccia surrenale e vitamina C.

La *tachicardia* costituisce un'altra causa di insufficienza cardiaca acuta. Già una frequenza di 100 al minuto è una condizione sfavorevole e tanto più quando si arriva a 200; se ne hanno disturbi idraulici e deficiente apporto di ossigeno e, più o meno presto, dispnea, cianosi ingrossamento del fegato, edemi. La terapia non è molto soddisfacente; con la digitale, si arriva più presto all'effetto tossico che a quello terapeutico e così con la chinina. Eppure lo stato del malato appare grave e tale da richiedere il soccorso. Il malato passa le sue notti insonni, in preda a forte dispnea ed eventualmente anche stimolo al vomito; talvolta l'insufficiente irrorazione sanguigna del cervello porta a disturbi della coscienza; in questi ultimi casi può giovare la strofantina.

In complesso, si deve tener presente la grande importanza che ha la turbata funzione capillare nel cuore, per il determinismo dell'insufficienza cardiaca acuta. Il cuore normale può difendersi con le sue potenti riserve, mentre soccombe quello già malato. Come si è accennato all'inizio, questo improvviso cedimento è dovuto a modificazioni dei capillari cardiaci e nello spazio fra essi e le cellule. Trovare la causa del disturbo nei singoli casi di insufficienza cardiaca acuta non è sempre agevole, ma è importante soprattutto per una oculata terapia. *fil.*

Il trattamento delle irregolarità cardiache

(G. FAHR. *Journ. amer. med. assoc.* 17 dicembre 1938).

Fra le diverse irregolarità, la *fibrillazione auricolare* è indubbiamente la più importante, sia per la sua frequenza, sia per i gravi effetti idraulici che essa esplica e, quindi, per il suo grave significato. Vi sono, per es., dei pazienti con stenosi mitralica, che possono svolgere un'intensa attività, anche atletica, ma alla comparsa della fibrillazione auricolare, non sono più che degli invalidi. Il cuore batte irregolarmente a 100-160 pulsazioni; la somministrazione di digitale lo regolarizza riducendo la frequenza a 60-70, mentre diminuiscono la dispnea, la dolorabilità e l'ingrossamento del fegato, la cianosi, gli edemi.

Molto importante per ottenere adeguati effetti è il modo di somministrazione della digitale. L'effetto ottimo si ottiene quando una unità-gatto (cmc. 0,65 della tintura o g. 0,065 della polvere) è fissata per ogni kg. 4,5 del corpo; con tale quantità, i segni di intossicazione si hanno in una proporzione al massimo di 1 su 50 pazienti e, d'altra parte, tali segni sono assai lievi e scompaiono con la sospensione del rimedio per 2-3 giorni. Praticamente, se il malato è solo modicamente scompensato, gli si prescrivono 21 unità-gatto da prendersi in sette giorni. Tale quantità è calcolata per un paziente del peso di circa 68 kg.; 15 unità sono destinate a fissarsi nell'organismo e 6 rappresentano la quantità che si elimina (un'unità al giorno). È evidente che la tintura come le foglie devono essere fresche.

Se, dopo i 7 giorni, il polso non è ridotto a 60-70, si continua la somministrazione con 2 unità al giorno e, raggiunta tale cifra, con una sola; tenuto conto che tale quantità corrisponde a quella della eliminazione giornaliera, essa può essere somministrata a lungo senza inconvenienti.

Se il paziente è in grave periodo di scompenso, si prescrivono 17 unità per un periodo di 3 giorni e, poi, 2-3 al giorno per altri 3 giorni, secondo che la frequenza del polso è ridotta sui 60-70. L'A. trova comoda la som-

ministrazione della tintura mescolata con elixir aromatico (tintura di arancio, sciroppo, fosfato di calcio precipitato, alcool ed acqua), nella proporzione di cmc. 0,6 di tintura per cmc. 3,4 di elixir; ogni 4 cmc. della miscela corrispondono ad un'unità-gatto. È bene che sul principio il paziente sia riveduto almeno ogni 2-3 giorni.

Quando le condizioni sono pessime (150-200 pulsazioni) è opportuno ricorrere alla somministrazione endovenosa, per la quale l'A. dà la preferenza ai preparati di *Digitalis lanata*: per la *purpurea*, si usano 8 unità per un paziente di 68 kg.

In generale, dosi minori sono necessarie per i pazienti con malattia coronarica o nei disturbi di conduzione della branca del fascio di His; in tali casi, la dose non sarà superiore a 2 unità al giorno. Nell'ipertiroidismo, la digitale non avrà effetto e la riduzione della frequenza del polso si potrà ottenere con lo jodio. La comparsa di nausea, vomito, extrasistole deve far sospendere il rimedio e tanto più la comparsa di bigenimismo. In nessun caso la frequenza del polso dovrà essere ridotta sotto i 60.

***

In alcuni pazienti, la fibrillazione auricolare, invece, non è associata a malattie organiche rilevabili del cuore. In questi casi, gli accessi sono spesso in dipendenza di eccitamenti od emozioni (sforzi fisici, atto sessuale) o seguono delle malattie infettive. Talvolta l'aspetto dei pazienti è ottimo; soltanto essi si lamentano di affanno, palpitazioni, lieve malessere precordiale, stato un po' vertiginoso. In tutti questi casi, l'accesso di fibrillazione si riduce al ritmo normale con l'uso della *chinidina*.

Vi sono molti che sono contrari all'uso di tale rimedio. Non si può negare che ne possono derivare gravi danni; essa, di fatto, è tossica per il miocardio, ne riduce la capacità di contrazione, sicchè può accadere che per ovviare alla fibrillazione auricolare si cada nel cedimento del cuore. Negli individui scompensati, quindi, il suo uso deve essere preceduto dalla digitalizzazione. Esagerato è stato il pericolo degli emboli, che si verificano anche senza l'uso della chinidina, ed anzi in proporzione lievemente maggiore. Molto rara è la comparsa di sincope; qualche volta, si hanno convulsioni, anche con dosi piccole (40 cg.). I sintomi più comuni di sensibilità alla chinidina sono: malessere epigastrico, cefalea, diarrea, ronzio di orecchi, palpitazione, ansia; in presenza di essi, è bene ridurre la dose.

L'eventuale possibilità di queste azioni non deve distogliere dall'uso della chinidina, che è consigliata appunto nella fibrillazione auricolare senza malattia organica del cuore. Comunque, questo deve essere in stato di compenso (eventuale digitalizzazione preventiva). La chinidina deve essere somministrata regolarmente tutti i giorni e continuata anche dopo che il ritmo è ritornato normale. Si incomincia con una pastiglia da 20 cg., allo scopo di saggiare la sensibilità del paziente; il mattino seguente, se ne dà una alle 8 ed un'altra alle 9 ed il giorno seguente se ne dà anche un'altra alle 10. L'A. ha talvolta aumentate le dosi fino ad arrivare a grammi 2,3, ma consiglia di non oltrepassare g. 1,5. Con questa dose, nei 50 % dei casi si ha il ritorno del ritmo normale. Nel paziente gravemente scompensato, si può anche aggiungere un'unità-gatto di digitale. Durante il trattamento il paziente deve essere sorvegliato.

Meno frequente della fibrillazione è il *flutter*, in cui l'orecchietta batte al ritmo di 260-320 al minuto; spesso si ha in cuori con un grado moderato di malattia organica e che non presentano i segni di grave cedimento cardiaco nonostante che i ventricoli battano a 130-160. In qualche caso vi è *flutter* auricolare senza blocco del cuore ed allora i ventricoli battono a 260 ed oltre, condizioni assai gravi. In tali casi, si deve dapprima provvedere ai ventricoli, con la somministrazione di digitale (preferibilmente la *lanata*) per via endovenosa se la condizione è minacciosa. La digitale si dà fino a ridurre il polso a 60, 70. Nel 90 % dei casi, si manifesta allora la fibrillazione, la quale con la sospensione della digitale cessa quasi sempre. Nei pazienti in cui non si manifesta la fibrillazione, l'A. consiglia la chinidina; un certo numero di pazienti, però, rimane refrattario ai rimedi. È in tali casi che si consiglia da qualcuno l'acetil-beta-metilcolina (30-50 mg. per via sottocutanea).

LE EXTRASISTOLI.

Si osservano con frequenza analoga a quella della fibrillazione; nella maggior parte dei casi mancano segni di grave malattia organica del cuore e si trovano in individui nervosi, ansiosi ed apprensivi. A meno che non si abbiano in numero maggiore di 12 al minuto, non hanno influenza dannosa sul cuore. Spesso sono associate con flatulenza e scompaiono col miglioramento di questa. Il paziente non soffre di segni di cedimento cardiaco, ma ha la sensazione penosa dell'arresto del cuore. La terapia consiste soprattutto nel rassicurare il paziente che la condizione non è grave; evitare la fatica eccessiva e l'ansia, spesso è utile un cambiamento di ambiente; i calmanti (barbiturici, bromuri, codeina) sono spesso utili; occasionalmente possono proibirsi tabacco e caffè. Se tali provvedimenti falliscono, l'A. consiglia la chinidina (20 cg.), con o senza stricnina (2 mg. 3 volte al giorno).

Le extrasistoli si trovano nel 10-25 % dei casi di trombosi delle coronarie ed allora pos-

sono assumere un significato grave; si darà allora la chinidina (20 cg. ogni 2-3 ore, per 3-4 volte); se scompaiono, si ripeterà la dose ogni 7-8 ore per evitarne il ritorno. La digitale favorisce la comparsa di extrasistoli e non sarà somministrata, a meno che non vi sia fibrillazione auricolare o *flutter*, con ritmo ventricolare oltre 95.

Durante il decorso delle malattie valvolari, dell'ipertensione o dell'arteriosclerosi coronarica, le extrasistoli possono avere un significato grave, specialmente se si manifestano spesso; in tali casi, evitare la digitale e somministrare chinidina e stricnina.

LA TACHICARDIA PAROSSISTICA.

Gli accessi di origine auricolare e funzionale che si manifestano raramente e scompaiono presto non esigono trattamento. Altrimenti, è utile la digitale, nello stesso modo raccomandato per la fibrillazione auricolare; raramente è utile la chinidina, che pure è raccomandata da taluno.

Se il medico è presente durante l'accesso, può portare giovamento con la compressione del seno carotideo, mettendo l'indice ed il medio sulla carotide a livello della cartilagine tiroide e comprimendo contro i processi trasversi delle vertebre; provare dapprima a destra e poi a sinistra; in caso d'insuccesso, comprimere i bulbi oculari. Qualche volta fa bene provocare il vomito (titillazione del faringe, sciroppo di ipeca). È stata anche raccomandata l'acetil-beta-metilcolina, che agisce stimolando il vago e non va usata negli individui soggetti ad asma; provoca sudori, vomito, vasodilatazione e talora dolore sottosternale e defecazione. Si usa per iniezioni sottocute a dosi di 20-30 mg.

La tachicardia di origine ventricolare si trova spesso in pazienti che sembra non abbiano segni di malattia organica di cuore; talvolta, invece mostrano durante l accesso quelli di cedimento cardiaco, poi tutto ritorna nel normale. L'uso di chinidina (60 cg. al giorno) è utile per prevenire gli accessi ed il cedimento.

Nella tachicardia della malattia coronarica, si darà la chinidina. In un caso dell'A. si è arrivati fino ad oltre 5 grammi in 5 ore.. Incominciare con 20 cg. per saggiare la sensibilità del paziente e darne altri 40 dopo un'ora ed altri 40 dopo un'altra ora se l'accesso non è terminato. La digitale non è indicata in questi casi.

IL BLOCCO CARDIACO.

La terapia di questa condizione è la meno soddisfacente. Qualche volta, l'atropina (mg. 0,6) riduce il blocco del fascio di His; nel blocco totale, può essere somministrata la digitale per aumentare l'efficienza meccanica del cuore. Negli accessi con sincope, può essere utile l'iniezione di epinefrina (cmc. 0,32-0,65) con massaggio dell'area cardiaca; nella sincope, si può fare l'iniezione endocardiaca di cmc. 0,2-0,3. Nei casi con asistole ventricolare fa bene il cloridrato di epinefrina a dosi di 50 cg. circa per 4-6 volte; se però la sindrome di Stokes-Adams è dovuta a fibrillazione ventricolare, si eviterà l'epinefrina e si darà invece la chinidina. *fil.*

MISCELLANEA.

Porfirine e metodi clinici per la loro dimostrazione.

(A. ELDHAL. *Acta medica Scandin.* Fasc. V-VI, 1938).

La porfirinuria si diagnostica certo meno spesso di quanto in realtà essa esiste, perchè a volte non ci si pensa, spesso i laboratori non sono sufficientemente attrezzati per questa ricerca.

L'urina contenente porfirina può apparire normale, ma però si deve sospettare l'esistenza di porfirina se l'urina lasciata in riposo, o bollita o resa fortemente acida diventa scura.

Waldenström ha indicato un metodo per mettere in evidenza il cromogeno (che è presente nella porfirinuria ereditaria acuta non in quella tossica): il cromogeno dà forte reazione aldeidica, come l'urobilinogeno, ma non dà la reazione di Schlessinger; questa ricerca si può fare dopo aver agitato l'urina due volte col doppio di etere in cui l'urobilinogeno si dissolve facilmente.

Un'altra prova ha indicato Waldenström: a 1 cc. di urina bollita fortemente acida si aggiungono 2 cc. di HCl concentrato. Si ha così colorazione rosso-bluastra che, con una goccia di acqua ossigenata, diventa gialla, poi verde e finalmente scompare.

Questa prova è praticamente infallibile (a meno che la porfirina non sia contenuta nell'urina in quantità minime).

Questa prova (detta dell'uroclorina) si può rendere più probativa nel modo seguente: si prende un tubo di vetro di 15-20 cm. di lunghezza e di 1 1/2 cm. di diametro con un'estremità unità ad un tubo di diametro più stretto (2-3 mm.) o che si assottiglia all'estremità (si può adoperare una vecchia buretta). Si introduce nell'estremo più stretto del tubo un batuffoletto d'ovatta e si sospende la buretta ad un sostegno. Poi si introduce nella buretta dell'alluminio ossidato fino a riempirne 5 cc. Questa colonna di polvere si inumidisce con acqua distillata. Poi si introduce molto lentamente l'urina previamente inacidita, bollita e raffreddata in modo che lentamente penetri attraverso la polvere di alluminio. Si aggiungono allora 2-3 cc. di idrossido di ammonio che scioglie la porfirina trattenuta nella porzione superiore della polvere. Il liquido diventa allora rosso-scuro e può essere tolto con una pipetta per praticare su di esso la reazione dell'uroclorina.

I metodi suddescritti servono solo di orientamento.

Metodo più preciso è quello spettroscopico, come pure quello di esaminare alla luce ultravioletta. Per queste ricerche è necessario preparare le urine così: a 300 cc. di urina si aggiungono 6 cc. di acido acetico anidro, poi si agita con etere. Si separa poi l'etere dall'acido acetico lavando l'etere con acqua varie volte. Si agita poi con HCl e si toglie l'etere.

La porfirina può anche essere trasformata in un composto ferrato che dà la reazione positiva alla benzidina. Questo metodo è sensibilissimo come pure il seguente: dopo l'aggiunta acido acetico alla soluzione contenente porfirina e acidificata con HCl si mettono alcune gocce di H_2O_2; in 5-10' si ha colorazione verde.

L'estrazione dovrà essere fatta in modo speciale quando si vuol esaminare la porfirina in cristalli o si vuole trovare il suo punto di fusione (che serve a distinguere le forme isomeriche).

Alcuni si contentano di ricercare la coproporfirina invece dell'uroporfirina, perchè la ricerca è più facile e l'eliminazione dell'una è quantitativamente uguale all'altra.

L'esame quantitativo della porfirina si fa con metodo colorimetrico. *r. l.*

Le cacosmie boccali.

(G. SANARELLI. *Presse Médicale*, 1° ott. 1938).

La fetidità dell'alito, l'alito cattivo, l'alitosi, il « foetor ex ore » o più propriamente la cacosmia boccale è caratterizzata dal cattivo odore esalato in permanenza con l'alito da alcuni individui apparentemente sani. Si tratta di un disturbo che spesso ha un'influenza deleteria sullo psichismo del paziente e sui suoi rapporti sociali. Non ha nulla a che fare, con i comuni scambi gassosi entero-pulmonari, per i quali l'aria espirata può spandere gli odori acuti di sostanze ingerite. Nè si deve confondere la cacosmia boccale che può dirsi « essenziale » con l'alito fetido di individui colpiti da processi infiammatori acuti e cronici i più diversi con localizzazione pulmonare o bucco-faringea (ascessi pulmonari, bronchiectasie, sinusiti, stomatiti mercuriali, tonsilliti croniche, piorrea alveolare, ecc.).

Boldyreff ha attribuito la cacosmia boccale ad un rigurgito del contenuto intestinale nello stomaco nel quale si determinerebbe una reazione alcalina, donde decomposizione putrida delle materie proteiche e produzione di gas fetidi che passerebbero attraverso il cardias e l'esofago e si mescolerebbero all'aria espirata.

Secondo Tamches invece il gas dell'alito fetido proverrebbe dal circuito entero-pulmonare. I gas prodotti dalle fermentazioni putride intestinali sarebbero assorbiti dalla parete intestinale, passerebbero nel sangue e quindi eliminati dai polmoni.

Sono state incriminate anche alterazioni della saliva. Questa non ha solo una funzione diastasica. Essa esercita un'azione antimicrobica leggera, ma efficace: come il siero ed altre secrezioni organiche è dotata di una certa azione battericida, attenuante e batteriostatica. Si sa, in effetti, che la saliva, abbandonata a sè stessa, benchè molto ricca di microbi, non si altera ed esala cattivo odore molto raramente. D'altra parte negli stati morbosi dell'apparato digerente la secrezione salivare, come altre secrezioni (intestinale, lacrimale, ecc.) perde gran parte del suo potere antibatterico o batteriostatico normale, d'onde sviluppo della flora batterica boccale, stato saburrale della mucosa e sviluppo di gas puteolenti. È così che si spiegano i rapporti tra affezioni intestinali e cacosmie.

Ma la vera cacosmia boccale ha un'origine locale, quantunque non si possa negare che in certi casi possa dipendere da insufficienza salivare.

Numerose esperienze dimostrano che nella produzione dell'alito fetido hanno un'importanza gli streptococchi. Questi esercitano una azione antagonista ai batteri putrefacenti.

Gli streptococchi boccali, in presenza di quantità anche minime di idrati di carbonio, riescono sempre, a mezzo delle loro diastasi acidificanti a impedire lo sviluppo di altre specie microbiche comprese quelle putrefacenti, sia nella cavità orale che in vitro. Se gli idrati di carbonio mancano, i batteri della putrefazione prendono il sopravvento, e producono gli odori più fetidi a spese delle sostanze e dei residui proteici.

Questi odori derivano principalmente dalle amine, prodotti di sostituzione organica dell'ammoniaca. Uno o più atomi di questa ammoniaca sono rimpiazzati, in ambiente proteico, da un radicale organico, e si ha così la formazione di mono-, di- e trimetilamina che hanno un odore molto fetido.

Nel corso delle esperienze eseguite al riguardo si è rilevato che le culture di tartaro dentario in mezzo albuminoso esalano un odore fetido, mentre le culture pure di batteri isolati dallo stesso tartaro non l'esalano affatto. Tale fatto si può spiegare ammettendo che nelle culture miste praticate con il tartaro dentario si svolgono fenomeni sinergici reciproci tra le diverse specie di batteri ivi contenute. In effetti Rolly ha dimostrato che i batteri della putrefazione, quando sono associati, sono capaci di produrre, a spese del succo di carne, trasformazioni putride, che non producono quando sono isolati.

Probabilmente un processo analogo si verifica nell'ozena. L'etiologia di quest'affezione rimane ancora oscura: tutti i batteri finora incriminati non hanno in effetti azione patogena. L'odore fetido deriva forse da un'azione polimicrobica. Ma s'ignorano le condizioni determinanti del fenomeno. In generale si attribuisce a disfunzioni o malformazioni locali di origine costituzionale.

Oltre che all'azione antiputrida degli strepto-

cocchi, la cacosmia boccale si deve anche a modificazioni della saliva.

L'irrigazione permanente salivare della mucosa boccale tende ad attenuare lo sviluppo abbondante sia degli streptococchi che di altri batteri più o meno putrefacenti. Quando si ha un'alterazione di queste secrezioni nella cavità boccale per processi locali, generali, più frequentemente gastro-enterici, si stabiliscono le condizioni favorevoli per lo sviluppo libero e abbondante della flora microbica locale.

È perciò che gli enteropazienti, i colitici, i dispeptici, quelli che soffrono d'inappetenza, di nausee, ecc., esalano generalmente un alito fetido. Sono gli stati patologici dello stomaco e dell'intestino che esercitano un'azione indiretta e dannosa sullo stato della mucosa boccale e quindi sulle secrezioni salivari. In conseguenza si possono stabilire anche modificazioni chimiche che ostacolano lo sviluppo degli agenti antagonisti dei batteri putrefacenti, ossia degli streptococchi.

Si comprende, infine, come uno stato anormale qualsiasi della mucosa boccale e l'aumento dei detriti proteici prodotto da certi stati patologici della mucosa stessa, possano favorire la moltiplicazione dei germi della putrefazione.

In conclusione l'origine dell'alito fetido non è gastrica, intestinale o polmonare, nè è dovuta a germi particolari esalanti odori fetidi.

L'origine della cacosmia boccale è esclusivamente locale ed è causata da fermentazioni putride banali, che possono verificarsi nella cavità orale in conseguenza di alterazioni generali o locali.

DR.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

S. MOLLIER. *Plastische Anatomie.* Zweite Auflage. Verlag von I. F. Bergmann. München, 1938.

Corredato da 468 meravigliose illustrazioni, molte delle quali a colori, il Mollier, professore di Anatomia Plastica nell'Accademia di Belle Arti di Monaco, ha recentemente pubblicato, in aristocratica veste tipografica, curata dal noto editore J. Bergmann, un trattato di Anatomia Plastica di circa 300 pagine.

Lo scopo del libro, come dice l'A. nella sua bella prefazione, è quello di illustrare la struttura del corpo umano, specialmente ossa, articolazioni e muscoli, in rapporto alla loro morfologia esterna ed ai rilievi plastici che, durante i vari atteggiamenti del corpo, essi producono sul nudo.

L'impresa, lo riconosce lo stesso Autore, non è facile, se vuol essere condotta a termine con precisione e vuol raggiungere lo scopo di dare un trattato facilmente accessibile a chi inizia tale studio; ma la lettura, sia pure rapida del testo, e la visione delle numerose figure a colori, fanno subito comprendere che il Mollier ha raggiunto lo scopo prefisso.

Il trattato comincia coll'esposizione di precise nozioni generali sullo scheletro, sulle articolazioni e sui muscoli.

Segue il capitolo sul piede, sull'articolazione tibio-astragalica e sulla gamba; in esso sono descritte le articolazioni e la disposizione delle varie ossa in rapporto alla superficie d'appoggio della regione plantare, e dalle varie linee di resistenza durante la posizione eretta e durante i vari movimenti del piede. Si passa al capitolo che tratta la coscia e l'articolazione del ginocchio, e nel quale vi sono opportune considerazioni, con schemi, riguardanti l'angolo d'inclinazione del collo del femore in rapporto con la sua resistenza al peso del tronco, e sull'importanza dei legamenti crociati e dei menischi nella flessione e nella iperflessione del ginocchio.

Nel capitolo riguardante il bacino e l'articolazione coxo-femorale è interessante lo studio delle linee di resistenza delle ossa iliache ed i possibili movimenti dell'articolazione dell'anca, suscettibili questi di notevole ampliamento, coll'esercizio, in alcuni speciali individui.

Per ciò che riguarda la colonna vertebrale e la gabbia toracica, sono illustrate con figure convincenti i vari movimenti delle vertebre, le estese possibilità di questi in alcune categorie di persone (ginnasti, acrobati), nella flessione ed estensione del tronco, ed i movimenti delle costole in rapporto alla maggiore o minore espansione della gabbia toracica.

Nel capitolo riguardante il cingolo scapolare e l'articolazione della spalla, sono messi in evidenza, con schemi, gli estesi movimenti di cui dispone la clavicola anche negli atteg-

giamenti più comuni, e quelli, direi quasi illimitati, che può compiere l'articolazione della spalla. Molto interessante dal punto di vista ontogenetico e filogenetico, è, a questo proposito, il confronto schematico di questa articolazione con quella dell'anca.

Seguono istruttive considerazioni sull'arto superiore, sull'articolazione del gomito, del polso, delle singole dita, ed infine sui movimenti propri della colonna cervicale in rapporto ai vari atteggiamenti della testa e del collo.

Tutti questi ricordi anatomici sono precisi e degni di figurare nel più importante trattato di anatomia normale ad uso di medici e studenti. Ma il lato più importante, che fa del libro un testo *sui generis*, è che la morfologia ed i movimenti delle varie ossa e relative articolazioni sono studiati non solo dal lato schematico e statico, ma anche da quello cinematico e dinamico, perchè opportuni disegni riportano volta per volta, la figura di ogni muscolo in rapporto all'articolazione presa in esame, ed allo sforzo, a secondo dei movimenti e della posizione del corpo, che la leva muscolare deve compiere. Vi sono a questo proposito dei raffronti d'indole meccanica, che fino ad ora non avevamo veduti riportati così bene in altri libri; è dimostrato ad esempio il differente sforzo che fa un muscolo quando la trazione è rettilinea o è all'inizio, da quando la trazione è ad angolo retto per l'intermezzo di un lungo tendine ed una doccia ossea (peronieri), e quando la flessione dell'arto è a metà del cammino. L'idea precisa di ciò è data, in tal caso, al lettore, mettendo vicino allo schema anatomico la figura di un uomo che compie un diverso sforzo spostando un oggetto o mediante trazione diretta, o per mezzo di una carrucola.

Infine, a fianco di ogni descrizione di movimenti di articolazioni e di contrazioni muscolari, vi è il nudo dell'individuo nell'atteggiamento di compiere quel dato movimento, ed allora sono messi in rilievo su soggetti maschili e femminili, opportunamente scelti, i vari gruppi muscolari contratti, le sporgenze di rilievi ossei, le strie piatte di inserzioni tendinee; il tutto con esattezza scientifica, con metodo didattico, con arte.

Il libro che è quasi nuovo nel suo genere, perchè qualche tentativo si è già fatto in Italina dal nostro Lambertini, nel suo trattato « *I muscoli degli atleti* », non solo sarà utile agli artisti che si dedicano alla scuola del nudo, ma anche agli anatomici ed ai chirurgi, e tra questi a quelli che si dedicano alla chirurgia morfologica e ricostruttiva.

Il testo è scritto nella bella e ricca lingua di Goethe; la sua lettura, anche a chi non ha una perfetta conoscenza di essa, è piacevole e dimostra che l'A. ha facilità di parola e perfetta attitudine didattica.

A. Manna.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

H. Braeuning. *Der Beginn der Lungentuberkulose beim Erwachsenen.* Vol. in-8° di 222 pagg., con 177 grafici e figg., G. Thieme ed. Leipzig, 1938. Prezzo RM. 22 (25 % di sconto per l'estero).

È ovvio che il pronto riconoscimento dell'inizio della tubercolosi nell'adulto è della massima importanza per la lotta contro tale malattia. Si comprende, quindi, il grande interesse che presenta lo studio accurato di tale questione, studio che deve essere fatto sistematicamente ed in modo completo per poter arrivare a sicure conclusioni.

Una serie di ricerche di questa fatta eseguite su 86 individui viene qui esposta dall'A., basandosi — oltre che sull'anamnesi, l'esame clinico, ecc. — su radiografie in serie, che vanno dallo stato di salute a quello di malattia, in modo da sorprendere il momento e le modalità di inizio; le varie particolarità sono espresse in grafici dimostrativi.

L'A. viene poi alle considerazioni che derivano dalle osservazioni, sulle cause che determinano lo sviluppo della malattia (stagioni, influenza delle malattie, pubertà, gravidanza), sui rapporti della nuova malattia dell'adulto, in confronto della tubercolosi contratta nell'infanzia, sui sintomi subbiettivi, il decorso, le possibili influenze della terapia, ecc.

Libro denso di fatti e di nozioni che inquadra e mette nella giusta luce molti importanti problemi. Fra le conclusioni che se ne possono trarre è che la diagnosi della tubercolosi iniziale dell'adulto si può fare soltanto con le radiografie di individui che si ritengono sani o, tutt'al più, affetti da stati morbosi che si ritengono innocenti; senza radiografie studiate nelle minime particolarità, non ci si può fare un'idea sull'attività, il bisogno di terapia, la prognosi, ecc. della malattia.

Altre conclusioni importanti riguardano la localizzazione ed il tipo della lesione. Per quanto riguarda la prognosi, si osserva che la maggior parte di queste forme (talora anche quelle che si fondono) guarisce spontaneamente e soltanto in 1/4-1/5 degli individui si sviluppa la tisi. Nel 5 % circa, però, il decorso è maligno fin dal principio e nessuna terapia anche stabilita precocemente arriva a salvare il paziente.

fil.

F. Haefliger. *Experimentelle und klinische Ergebnisse mit Friedmannschen Tuberkulosevaccine.* Vol. in-8° di 156 pagg., con 19 figg. G. Thieme, ed. Leipzig, 1938. Prezzo RM. 12 (25 % di sconto per l'estero).

Da tempo, Friedmann ha allestito, con i bacilli tubercolari della tartaruga, un vaccino profilattico e curativo contro la tubercolosi.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Accanto ad alcune voci favorevoli, esso ne ha trovato molte contrarie; chi scrive ebbe ad additare, anni sono, l'inutilità ed i pericoli di questo vaccino. Esso è stato messo in commercio anche in Italia e recentemente si è nuovamente cercato di valorizzarlo.

L'A., che è stato assistente in un sanatorio di Davos, si è occupato della questione dal punto di vista sperimentale — con prove su conigli e cavie — e da quello clinico. Nel vasto capitolo riguardante i risultati sull'uomo, considera i processi ilàri, la tubercolosi fibrosa e quella cavernosa, le pleuriti e la tubercolosi chirurgica e riporta 125 storie di malati trattati col vaccino Friedmann, citando anche quelli avuti da altri autori. Storie precise e documentate di individui tenuti a lungo in osservazione.

Nella maggior parte dei casi, il vaccino Friedmann non ho avuto nessuna influenza, nè in un senso, nè nell'altro; in alcuni, si è osservato un rapporto diretto fra la progressività del male e le inoculazioni; 22 casi sono peggiorati dopo l'uso.

Più grandi ancora che i danni diretti sono quelli indiretti, nel senso che il malato fidandosi di questo vaccino, viene sottratto ad altre cure realmente efficaci, sicchè l'A. non esita a dichiarare che il vaccino Friedmann è pericoloso e dannoso, dissuadendo i medici dal farne uso. *fil.*

G. CASALINI. *Dizionario di medicina illustrato.* Vol. I (A-K). Un vol. in-4° di 868 pagg. con 24 tavv. policrome e 1550 figg., rilegato. Unione tip. ed. Torinese, 1938. Prezzo L. 150.

Da molto tempo, non sono più in commercio grandi dizionari di medicina, che pure ebbero in passato una certa voga; tutt'al più si pubblicano oggi dei dizionari dei termini medici, d'indole tecnica e di una brevità schematica nelle spiegazioni. Si comprendono le ragioni dell'accennata mancanza. A parte le incertezze di vendita di libri simili, che possono essere affrontate soltanto da una grande casa editrice, quale può essere l'U.T.E.T., vi sono delle difficoltà nell'accingersi alla compilazione. Trattasi di opere che esigono un certo ardimento, solida preparazione medica e vasta cultura; lavoro di lunga lena, in cui non ci si deve arretrare di fronte alla gran mole; cammino seminato di incertezze soprattutto per la scelta dei vocaboli da includere e la decisione di escluderne altri che forse sembrano importanti. Nè si deve temere per tutte le critiche a cui presta il fianco un'opera di tal genere: la trascuranza di una minuzia che diventa una grave colpa a chi guarda le cose con la lente dello specialista; un altro trova a ridire perchè in qualche termine manca una rigida precisione; qualcun altro osserva che certi termini sono superflui, mentre d'altra parte, qualche inesattezza sfugge indubbiamente ed è subito sottolineata dall'ipercritico.

Il dott. Casalini ci narra in una simpatica prefazione la genesi del libro e ci prospetta alcune delle difficoltà incontrate; ma intanto egli è riuscito a mettere insieme questo dizionario che rappresenta un repertorio di notevole utilità: per il medico a cui suggerisce la spiegazione di qualche nome che più non ricorda o riferisce delle nozioni un po' impallidite; ai cultori di scienze giuridiche, che possono dirimere alcune incertezze nel campo biologico ed alle persone colte in genere. Secondo l'importanza del termine, le spiegazioni ed il commento sono di varia lunghezza; largamente sviluppata è la parte riguardante d'igiene e la medicina sociale, sicchè il dizionario contribuisce alla buona propaganda in questo senso.

Buono il materiale illustrativo.

Utile opera di consultazione ed anche opera di instradamento alle scienze mediche per molti studenti che soprattutto nei frammentari studi dei primi anni sentono il bisogno di addentrarsi fin da allora nei segreti della nostra arte, che sarà per loro una seconda vita. *fil.*

Rendiconto generale delle celebrazioni per il II Centenario della nascita di GALVANI, 18-21 ottobre 1937. Atti Congresso Società Italiana di Fisica. Atti del III Congresso dei nuclei italiani di Radiobiologia. Atti del Congresso della Società di Biologia sperimentale.

Per la stampa della Tipografia Parma di Bologna (via 3 Novembre, 7) sono stati pubblicati in bella veste tipografica tutti gli Atti dei 3 congressi che furono tenuti a Bologna dal 18 al 21 ottobre 1937 per la celebrazione del secondo Centenario della nascita di Galvani. Le numerose relazioni tenute nei vari Congressi — anche da parte di molti stranieri —; le numerose comunicazioni svolte, di cui alcune veramente interessanti, sono state raccolte con cura dal Comitato ordinatore. Come è noto le celebrazioni per il secondo centenario di Galvani hanno avuto l'alto onore della presenza di S. M. il Re Imperatore e sono riuscite veramente una manifestazione imponente.

F. M.

Acta medica italica. Anno IV., fasc. I. Priorità scientifiche italiane. Uff. Stampa med. italiana, Milano.

Il prof. Prassitele Piccinini continua con questa pubblicazione la sua indefessa e nobile fatica di rivendicazione del grande contributo portato dagli studiosi italiani alla scienza nostra. *Permagna est copia argumenti* egli giustamente dice nella prefazione latina del fascicolo a cui hanno pertanto cooperato insigni studiosi, che stabiliscono delle nostre priorità scientifiche, le quali assumono il carattere di vere e giuste rivendicazioni.

Anche questo fascicolo è in vendita (L. 10) presso l'Ufficio sopra citato ed il ricavo della vendita stessa è devoluto a beneficio degli Orfani dei medici morti in guerra. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le forme cutanee ulcerose del morbo di Hodgkin.

Dalla descrizione di un caso di morbo di Hodgkin presentante una vasta ulcerazione cutanea in corrispondenza della regione sternale H. Durand, P. Cottenot e H. Mamon (*La Presse Médicale*, 19 novembre 1938) traggono motivo per fare interessanti considerazioni sulle manifestazioni cutanee ed ulcerose del linfogranuloma.

Le ulcere del morbo di Hodgkin, descritte per la prima volta da Grosz nel 1906, sono a torto considerate come eccezionali. Probabilmente la loro apparente rarità deriva dalla facilità con cui esse vengono confuse con la micosi fungoide o con gli epiteliomi.

Esse possono costituire il primo sintomo della malattia o insorgere a decorso inoltrato. Il meccanismo patogenetico è duplice: o si tratta di un focolaio ghiandolare profondo che a poco a poco aderisce alla pelle e poi si fistolizza oppure si tratta di un focolaio primitivamente cutaneo che si rammollisce prima e si ulcera poi.

La sede delle ulcerazioni è varia; le regioni toraciche anteriori sono sedi elettive, ma ulcere sono state descritte anche alla commessura locale, alla regione sottomandibolare, al perineo, ecc.

Possono essere uniche o multiple, di grandezza variabile tra quella di un soldo e quella del palmo di una mano; il loro aspetto più frequente è quello di una ulcerazione ovalare o rotonda, regolarissima come se il contorno fosse stato tracciato col compasso. I bordi sono generalmente limitati da un orletto sporgente e a volte scollati; il fondo è irregolare, grigio, sanioso, più o meno abbondantemente suppurante, sanguinante al minimo toccamento come un neoplasma ulcerato. I sintomi funzionali sono vari e consistono in dolori talvolta leggeri, talvolta vivi, irradiantisi a distanza. L'evoluzione dell'ulcera è rapida all'inizio; dopo qualche settimana si osserva un tempo d'arresto che dura molti mesi. Le ulcere sono abitualmente resistenti a tutti i trattamenti e, in particolar modo, alla radioterapia. La diagnosi differenziale dovrà esser posta con l'ulcera gommosa della lue terziaria, con le ulcere tubercolari, con l'epitelioma basiocellulare e con la micosi fungoide, le quali due ultime malattie possono somigliare alle ulcerazioni dell'Hodgkin in modo stupefacente. IANDOLO.

Problemi del così detto eczema infantile.

I problemi del così detto eczema infantile hanno sempre destato un grande interesse per il pediatra e per il dermatologo, nonchè per il medico pratico. Si è generalmente ritenuto che l'eczema nell'infanzia fosse qualche cosa di eccezionale del tutto diverso da quello dell'adulto e si sono venute chiamando con tal nome delle dermatosi diverse. P. Tachau (*Acta Dermato-venereologica*, vol. XIX, n. 5, novembre 1938) fa una disamina della questione, arrivando alle seguenti conclusioni.

L'eczema simmetrico della faccia, che l'A. chiama « crosta lattea » è molto frequente nei primi due anni di vita. La classificazione come dermatosi pre-eczematosa deve essere respinta, secondo l'A., come pure l'idea che si tratti di una specie di eczema seborroico (seborride psoriasoide). Nella sua genesi hanno grande importanza le irritazioni esterne; ciò è anche dimostrato dal fatto che in un certo numero di casi (13,2 % su 144) le lesioni sono unilaterali.

Tale forma, dice l'A. non si estende al cuoio capelluto (si differenzia quindi dalla « crosta lattea » come è intesa da noi; *N. d. red.*); le eruzioni che si manifestano sul cranio e sulla faccia sono dovute ad una coincidenza dell'eczema della faccia con una dermatite seborroica. Nei bambini di oltre un anno di età, l'A. ha osservato tale combinazione nel 24,2 %.

Di altissima frequenza è l'eczema-intetrigo nel poppante. Non si tratta di una forma speciale dell'eczema seborroico e nemmeno esso è da considerarsi in rapporto con le gravi condizioni intertriginose trovate nell'eritrodermia desquamativa. Si tratta di un eczema semplice, di aspetto speciale, con dei caratteri particolari secondo le regioni (anale, inguinale, ecc.).

Il sifiloide post-erosivo di Jacquet ha stretti rapporti con l'eczema-intertrigo ed è esso pure provocato da irritazioni esterne. Non sembra giusta l'opinione che esso sia una specie di piodermite, idea basata su reperti batteriologici dubbi. Il sifiloide post-erosivo si presenta in un numero ristretto di poppanti.

L'eczema simmetrico della faccia e l'eczema-intertrigo si riscontrano specialmente nei primi due anni di vita. L'eczema delle estremità, specialmente delle mani, è più frequente dopo i due anni.

L'eczema del tronco e quello generalizzato si osservano a qualunque età, ma sono senza importanza per l'infanzia. La diagnosi differenziale con la dermatite atipica (nevrodermite) è difficile, specialmente con quella secondariamente eczematizzata (nevrodermite multiforme a forma obbiettiva eczemato-lichenica di Brocq). *fil.*

L'allergia cutanea nell'infezione gonococcica.

Piuttosto scarso è il valore di alcuni mezzi atti a stabilire l'avvenuta guarigione dell'infezione gonococcica. Utili indicazioni possono invece aversi, secondo L. Ciarrocchi (*Rinnovamento med.*, 1938) con una reazione cuta-

nea, analoga a quella che si fa con la tubercolina. Egli pratica, a tale scopo, l'iniezione intradermica di 1/10 di cmc. del liquido di coltura del gonococco (opportunamente trattato) ed osserva i risultati che si hanno dopo 24 ore. Considera positiva la prova quando la chiazza eritematica che si sviluppa ha un diametro di almeno cm. 1,5 o quella eritematopapulosa di 1 cm. (includendovi anche l'alone infiammatorio circostante).

Le prove vennero fatte su 260 individui, osservando esiti positivi in una percentuale abbastanza notevole, che fu elevatissima nelle forme complicate (artriti, annessiti, epididimiti). In soli 3 casi, ebbe esiti aspecifici.

L'intradermoreazione è pertanto utilizzabile ai fini diagnostici pratici. La persistenza della positività dopo 3-4 mesi dal termine della cura regolare deve farci ritenere probabile che il processo infettivo non sia esaurito.

Nelle ricerche dell'A., l'intradermoreazione è risultata più sensibile che la gonodeviazione del complemento. Comunque, le due ricerche non si escludono, ma piuttosto si completano a vicenda. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Studi sul metabolismo e sull'importanza dell'iodio nei giovani organismi.

Un numeroso gruppo di ricerche sull'argomento è stato eseguito nella Clinica Pediatrica di Cagliari, ed alcuni dei resultati ottenuti vengono pubblicati nella *Riv. di Clin. Ped.* (n. 10, ottobre 1936).

J. Concas, studiando la iodorachia fisiologica nei bambini, ha esaminato 49 soggetti fino al 7° anno ed ha trovato che lo iodio è presente nel liquido cerebro-spinale senza però un netto rapporto coll'età, col sesso e con l'iodemia e con valori sempre molto inferiori a quelli del sangue nello stesso soggetto.

Date poi le forti variazioni del tasso, legate a condizioni organiche e di vita diverse, ritiene che non si possa parlare di costante iodica del L. C. R., ammettendo piuttosto un comportamento individuale della permeabilità meningea verso l'elemento.

C. Fiori, sperimentando con piccioni sottoposti a diete carenzate, ha dimostrato che, nell'avitaminosi B e D i valori iodemici aumentano fino al quadruplo, mentre nell'avitaminosi C tali valori diminuiscono alquanto, risalendo rapidamente con la somministrazione della vitamina stessa.

Tali resultati confermano ancora una volta la netta influenza regolatrice delle vitamine sul metabolismo, specie negli organismi giovani.

E. Piras, studiando l'influsso delle ghiandole a secrezione interna, ha rilevato che la tiroidectomia totale provoca un notevole abbassamento della iodemia, e la paratiroidectomia uno meno accentuato.

L'asportazione del timo, invece, fà innalzare fortemente i valori, con diversa intensità da caso a caso.

Anche l'adrenalina, introdotta per via parenterale, esplica azione analoga.

G. Macciotta, finalmente, in 12 bambini rachitici ha trovato oscillazioni della iodemia tra valori normali più alti e valori notevolmente aumentati dalla norma, ottenendo la progressiva diminuzione con l'elioterapia.

Riferendosi quindi alle ricerche degli altri AA., pensa che il metabolismo dello iodio sia regolato oltre che dal fattore tiroideo, anche da fattori endocrini, vitaminici ecc.

Per le sue speciali osservazioni nei rachitici, annuncia poi l'ipotesi che, data l'esistenza di un equilibrio antagonistico tra iodio e fosforo, il comportamento della iodemia in tali soggetti dipenda dallo stato di ipofosfatemia in cui si trovano. M. FABERI

VARIA

Il trattato di Versaglia e l'infermità di Wilson.

Di un curioso aspetto di un grande problema ha parlato il prof. Gaetano Boschi a Milano, nella sede della rivista *Mare nostro*; ossia dell'« invalidità del trattato di Versaglia per infermità mentale del principale contraente ». Egli ha ricordato come Woodrow Wilson, che della Conferenza per la pace a Versaglia può veramente considerarsi il protagonista, sia stato colto da un colpo apoplettico, pochi mesi dopo la Conferenza. Dalla analisi degli scritti di Wilson in epoche antecedenti e di quelli immediatamente precedenti e susseguenti alla Conferenza di Versaglia risulta una netta differenza, tale da rivelare l'indebolimento della mentalità già prima di quel colpo apoplettico del settembre 1919. Riferisce una testimonianza autorevole che il grande psichiatra Leonardo Bianchi aveva rilevato segni di malattia mentale nell'aspetto di Wilson sin da quando egli sbarcò in Europa prima della Conferenza. Dai bollettini dell'ammiraglio medico Grayson risulta che la malattia consisteva in un rammollimento cerebrale progressivo. In una relazione di Sir Basil Thomson, capo dell'Intelligence Service, è detto che già durante la Conferenza Wilson aveva un braccio paralizzato, in conseguenza di una grave arteriosclerosi cerebrale.

Lloyd George e Clemenceau approfittarono di quella minorazione psichica nell'interesse dei loro Paesi. Il mondo espia così la insufficienza psichica di Wilson e la mancanza negli altri di senso storico. Il Boschi ha chiuso ricordando, applaudito, che Mussolini proclama « la pace secondo giustizia ». Egli non farebbe un'altra Versaglia: sa che non vi è salute per un popolo che non sia connessa con la giusta valutazione dei diritti di tutti gli altri.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Assistenza ai parkinsoniani encefalitici.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato la seguente circolare n. 15 in data 20 gennaio 1939-XVII al Governatore di Roma, ai Prefetti del Regno e per notizia alla Direzione Generale dell'Amministrazione Civile:

Da parte di talune amministrazioni provinciali è stato richiesto al Ministero di stabilire i limiti dell'assistenza ai malati di parkinsonismo encefalitico, in base al R. D. L. 29 ottobre 1936, n. 2043, che, come è noto, pone l'onere dell'assistenza stessa a carico delle predette Amministrazioni provinciali. Particolarmente è stato posto il quesito se l'assistenza alla citata categoria di infermi competa alle amministrazioni provinciali anche dopo che, esperita ogni cura ospedaliera e domiciliare, gli infermi si dimostrino non suscettibili di miglioramento e debbano, perciò, considerarsi inabili permanentemente al lavoro.

Al riguardo occorre premettere che, ai sensi del succitato R. D. L. 29 ottobre 1936, n. 2043, l'assistenza a tali malati non si limita al solo periodo del ricovero ospedaliero, ma deve essere proseguita anche dopo l'uscita dell'infermo dal reparto di cura.

L'assistenza extra reparto, cioè domiciliare, etero od omofamiliare, è in genere praticata con la concessione del rifornimento della radice di belladonna sia sotto forma di decotto, che sotto forma pillolare, seguendo le prescrizioni a tale riguardo date dal dirigente il reparto dal quale l'infermo è stato dimesso.

Non è consigliabile, se non in via eccezionale, la erogazione di sussidi in denaro o in buoni alimentari, per ovvii motivi, in considerazione che tale provvidenza assistenziale viene — di solito — frustrata nei suoi fini dagli stessi familiari del malato.

Peraltro, l'assistenza post-ospedaliera non può considerarsi illimitata nel tempo. Infatti, poichè per gli encefalitici non esiste lo stato di convalescenza e il loro recupero non è mai totale, per cui non può mai parlarsi di guarigione completa della malattia, ne consegue che tali malati devono essere assistiti per un certo periodo di tempo, anche dopo la loro uscita dall'Ospedale, cioè fino a quando essi, per l'attenuarsi della grave sintomatologia, siano in grado di attendere a qualche occupazione.

Ma quando, poi, col tempo e con il fatale lento aggravarsi dei sintomi il malato non ritrae più alcun giovamento dalla cura, per cui da parziale la sua inabilità diventa totale, assoluta, fino al punto che egli non è in grado nemmeno di accudire ai bisogni della propria persona, allora egli, se povero e mancante di parenti tenuti agli alimenti, deve essere considerato inabile permanente e la di lui assistenza va posta a carico degli Enti tenutivi per legge.

Pertanto l'onere di assistenza a carico delle Provincie deve intendersi limitato al periodo del ricovero ospedaliero, qualunque ne sia la durata e al periodo successivo fino a che la minorazione non diventi permanente e il malato non sia più suscettibile di ulteriore miglioramento con le cure medicamentose od altre cure opportune.

In tali sensi dovranno essere impartite dalle VV. EE. le disposizioni del caso agli enti interessati, inviando al Ministero un cenno di ricevuta e di assicurazione. *Pel Ministro*: BUFFARINI.

Per l'assistenza sanitaria alle nuove generazioni

Il Direttorio Nazionale del Partito si è adunato sotto la presidenza del Segretario, S. E. Starace.

Questi ha, tra l'altro, comunicato il testo di una convenzione — di cui già demmo notizia — stipulata fra il Comando generale della Gioventù italiana del Littorio e l'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale.

Con questa convenzione l'Istituto ha esteso alle nuove generazioni la sua opera di assistenza sanitaria, la quale, anche in questo settore, sarà svolta in forme molteplici: con il ricovero degli ammalati di tubercolosi nei 42 ospedali sanatoriali di pianura, di media altezza e di alta quota gestiti dall'Istituto, previo accertamento presso i centri diagnostici esistenti nelle principali città o presso i dispensari dei Consorzi provinciali antitubercolari; col ricovero nei convalescenziari o negli stabilimenti termali e con le cure nei centri antiadenoidei e negli ambulatori antitracomatosi e col ricovero dei bambini predisposti alla tubercolosi nel preventorio di Sondrio. Le case di cura e gli ambulatori saranno messi a disposizione degli iscritti alla G.I.L., gratuitamente per le cure antiadenoidee e antitracomatose e con diarie modiche, concordate col Comando generale della G.I.L. per i ricoveri. Particolare importanza assumerà l'assistenza presso gli stabilimenti termali di Sirmione e di Salsomaggiore: nel primo saranno ammessi in due turni quindicinali oltre 80 iscritti alla G.I.L. di età superiore ai 12 anni compiuti e 320 iscritti di età fra i 6 e i 12 anni, in otto turni quindicinali, nel secondo saranno ammessi in due turni quindicinali 450 iscritti di età superiore ai 12 anni e 1800 iscritti di età inferiore ai 12 anni, in otto turni quindicinali. In tal modo l'assistenza sarà di molto ampliata rispetto all'opera di tutela sanitaria già svolta dal soppresso Ente per la mutualità scolastica a favore dei propri iscritti.

CONCORSI.

Posti vacanti.

APUANIA. *R. Prefettura.* — Direttore della Sez. med.-micrograf. del Laboratorio prov. d'igiene e profil.; titoli ed esami; L. 18.000 e 10 bienni ventes., c. v., partecipaz.; tasse L. 50,20. Chiedere copia del bando. Scad. 60 giorni dal 30 dicembre.

BOLZANO. *Ospedale Civile.* — Assistente nella Divis. chirurg. e assistente nella Div. dermoceltica; scad. 28 febbr.; stip. L. 4500 lorde, più vitto e alloggio nell'Ospedale. Chiedere bando alla Direzione amministrativa.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorsi per titoli ed esami ai seguenti posti: primario medico direttore alla Succursale di Cernusco sul Naviglio per cronici, stip. L. 24.000, inden-

nità resid. L. 4500, alloggio ecc.; primario oculista, stip. L. 7850; per i due posti età limite 45 a.; aiuto chirurgo, stip. L. 6450 oltre L. 3000 indenn. trasf.; 5 posti di assistente medico-chirurgo, stip L. 5600 e L. 360 serv. att.; per gli ultimi 6 posti età limite 35 a. Aumenti. Tassa L. 50. Chiedere copie degli avvisi di concorso. Rivolgersi al Protocollo (Via Ospedale, 5). Scad ore 16 del 28 marzo.

Piacenza. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Medico direttore della Sezione dispensariale. Lire 12.800 e 5 quadrienni dec., trasferte, ecc. Scad. ore 17 del 31 marzo. Titoli ed esami. Chiedere annunzio alla Segreteria, presso l'Amministrazione provinciale.

Potenza. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Il concorso a medico aiuto nel Dispensario prov. antituberc. è revocato.

Roma. *Ministero della Marina.* — Con notificazione in data 8 dicembre 1938, pubblicata nella « Gazzetta ufficiale » n. 22 di quest'anno, è stato indetto un concorso per esami a 25 posti di tenente medico in S. P. E. nel corpo sanitario militare marittimo.

Le domande di ammissione al concorso, redatte su carta bollata da lire sei, dovranno pervenire al Ministero — Direzione generale del personale e dei servizi militari, divisione stato giuridico — entro il 28 marzo 1939, corredate dei documenti prescritti dalla notificazione stessa

Sassari. *Concorso al posto di direttore Consorzio antitubercolare di Sassari.* — Il termine utile per la presentazione dei documenti di rito è fissato al 24 aprile 1939. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria (Palazzo del Governo).

Il presidente: Marchinotti.

Udine. *Ospedale Civile.* — All'8 marzo, ore 18, concorso per titoli ed esami, al primariato di anatomo-istopatologia; L. 20.000 e 5 bienni dec., oltre indenn. carica L. 6000, partecipaz.; è inibito l'esercizio profess. Età limite 45 a. al 21 genn. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'amministraz.

Venezia. *Ospedali Civili Riuniti.* — Dirigente dell'ambulatorio-dispensario stomatologico; alle ore 17 del 27 marzo; età limite 45 a. al 21 genn.; assegno annuo L. 5000. Chiedere avviso. Rivolgersi al Protocollo degli Ospedali. Tasse L. 50,20.

Venezia. *Ospedali Civili Riuniti.* — Aiuti presso le Divisioni Mediche I e II ed Otorinolaringoiatrica; età limite 35 a.; assegno annuo L. 4800; scad. ore 17 del 24 aprile. Rivolgersi al Protocollo. Chiedere copia del bando.

RR. Prefetture

Sono aperti i concorsi di seguito indicati:

Condotte mediche nelle province di:

Avellino, per 8 posti, scad. 20 aprile;
Campobasso, per 9 posti, scad. 30 aprile;
Como, per 5 posti, scad. 30 aprile;
Cremona, per 6 posti (di cui 1 nel capol.), scad. 31 marzo;
Foggia, per 4 posti, scad. 15 marzo;
Forlì, per 5 posti, scad. 31 marzo;
Rovigo, per 6 posti, scad. 31 marzo, ore 12;
Savona, per 6 posti, scad. 31 marzo;
Trieste, per 2 posti, scad. 31 marzo;
Tripoli, per 10 posti, scad. 15 marzo.

Direttori d'uffici d'igiene e ufficiali sanitari nelle province di:

Cremona, pel capoluogo, scad. 31 marzo;
Savona, per un consorzio, scad. 31 marzo.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi, Sez. med.-micrograf., nelle province di:

Campobasso, per assistente, scad. 30 aprile;
Trieste, per assistente, scad. 31 marzo;
Viterbo, per coadiutore e direttore, scad. 1 e 15 marzo.

Concorsi a premio.

Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria

È istituita la *Fondazione « M. Piccinini »* per le rivendicazioni inedite italiane nel campo delle scienze sanitarie a tutto il secolo XIX.

Il premio, per l'anno in corso, è costituito da L. 2000 lorde, pari agl'interessi di due annate del capitale di lire 20.000 (rend. 5 %) che costituisce la Fondazione. Tale somma, per decisione del Presidente, approvata dal Consiglio Accademico, è divisibile in due premi da lire 1000 ciascuno.

I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria dell'Accademia, in triplice copia dattiloscritta contrassegnata da un motto a cui, in busta chiusa, corrisponderà accluso il nome del concorrente, ed inoltre, in carta legale, i certificati di razza ariana, cittadinanza italiana ed iscrizione al P. N. F., entro il 28 Ottobre dell'anno in corso.

* * *

Allo scopo di dare incremento agli studi storico-sanitari è stato istituito un *premio « A. Pazzini »* consistente in un'artistica medaglia di bronzo dorato del diametro di mm. 90 recante l'emblema accademico e il nome del vincitore.

Il lavoro premiato sarà pubblicato negli « Atti e Memorie » dell'Accademia stessa.

Possono concorrere al Premio gli studenti dell'Università di Roma iscritti alla facoltà di medicina e di scienze che presentino, entro il 30 aprile dell'anno in corso, alla Segreteria dell'Accademia, un lavoro, in triplice copia dattiloscritta, a carattere storico-sanitario. I lavori dovranno essere contrassegnati con un motto a cui corrisponderà il nome chiuso in busta.

Rivolgersi alla Segreteria dell'Accademia (Lungotevere in Sassia 3, Roma).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il prof. Max de Crinis è nominato ordinario di psichiatria all'Università di Berlino, quale successore del prof. Karl Bonhoeffer, il quale teneva il posto dal 1912 ed ora ha raggiunto 70 anni. Il prof. De Crinis conta 49 anni. È austriaco; insegnò per qualche tempo a Graz, ma le sue simpatie per il movimento « nazi » gli costarono il posto; fu allora nominato a Colonia, nel 1934. È noto per i suoi lavori sull'epilessia, sull'istopatologia delle intossicazioni del sistema nervoso e per altre ricerche d'istologia.

Il Re dell'Egitto ha conferito l'Ordine del Nilo ai proff. F. Sauerbruch, G. von Bergmann e H. Chaoul.

Il prof. Ruggiero Vaglio è incaricato dell'insegnamento di puericoltura nell'Università di Napoli.

Il dott. Diego Carbonell è eletto presidente dell'Accademia nazionale di medicina del Venezuela.

L'avvocato Emile Jennissen è nominato titolare del Ministero della Sanità Pubblica del Belgio, ricostituito con la nuova combinazione ministeriale.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni medici.

1939.

Febbraio 18-19, Ponte di Legno: 8° Congresso di medicina e chirurgia dello sci ed alpinismo di alta montagna. Rivolgersi: prof. Emilio Raverdino, Spedali Civili, Brescia.

Marzo 11, Parigi: Giornata del reumatismo. Segreteria: rue du Cherche-Modi 23, Paris.

Marzo 20-25, Lima: 2a Riunione delle Giornate neuro-psichiatriche panamericane. Scrivere a: Casilla 1589, Lima, Perù.

Marzo 23-26, Vienna: Assemblea generale dell'Associazione tedesca per la termo- e climato-terapia. Rivolgersi a: Reichszentrale f. d. Deutsche Badewesen, Breslau 16, Germania.

Marzo 25-26, Bad Nauhein: Adunanza alla Società tedesca per lo studio della circolazione. Rivolgersi al Presidente: Prof. E. Edens, Düsseldorf.

Marzo 26-28, Wiesbaden: 5a Riunione generale della Società tedesca dei neurologi e degli psichiatri. Rivolgersi a: Prof. Nitsche, Geschässführer der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater, Pirma, Bezirk Dresden, Germania.

Marzo 27-30, Wiesbaden: 51a Riunione della Società tedesca per la medicina interna. Presid. Prof. Stepp., I. Med. Klinik, Ziemssenstrasse 1, München. Segret. Dr. Bürger, Bierstädter-Hoche 5, München.

Aprile 3-5, Orano: Congresso delle Brucellosi (IX Congresso della Federazione delle Società di Scienze mediche dell'Africa del Nord). Segretario gener.: Dr. René Solal, boulevard Joffre 16, Oran, Algeria.

Aprile 2-6, Budapest. 34° Congresso dell'Associazione degli anatomici e 47a Riunione della Società anatomica. Segretario generale: Prof. Rémy Collin, rue Lionnois 31, Nancy (M.-et-M.), Francia.

Aprile 4-5, Brusselle: Cinquantenario della Soc. Reale belga di ginecol. e d'ostetricia. Segretario generale: Dr. Lavand'homme, avenue Paul Deschanel 87, Bruxelles.

Aprile 4-6, Edimburgo: 11° Congresso britannico di ostetricia e ginecologia. Segret. gener.: Dr. Chalmers Fahmy, Chester Street 7, Edinburgh 3, Inghilterra.

Aprile 9-11, Mentone e San Remo: 3a Assemblea dell'Associaz. intern. di Cosmobiologia. Segret. gen.: Dr. M. Favre, rue Verdi 24, Nizza.

Aprile, 12-15, Berlino: 63a Riunione della Società tedesca di chirurgia. Rivolgersi al Prof. O. Nordmann, Director der Chirurgischen Abteilung der Martin-Luther-Krankenhauses, Berlin-Grunewald. (Alla seduta del 13 aprile interverrà la Società naz. ted. degli urologi).

Aprile 19, Londra: Assemblea generale del Comitato esecutivo dell'Associazione internazionale di Profilassi della cecità. Scrivere: boulevard Saint-Michel 66, Paris VIe. Adunanza dell'Organizzazione internaz. contro il tracoma. Scrivere Welbeck Street 33, London W. 1.

Aprile 22-23, Roma: 1° Congresso nazionale per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano. Rivolgersi: al Sindacato naz. fascista dei medici, corso Vitt. Eman. 21, Roma.

Aprile fine, Baden-Baden: 3° Congresso internazionale dei sanatori e delle case private di cura. Segreteria gener.: Reichsgeschäftführer, Schlaudstrasse 171, Berlin W 35, Germania. Per l'Italia: Federaz. Istituti di cura privati, corso Vitt. Emanuele 11, Roma.

Maggio 5-17, Washington: 10° Congresso internazionale di medicina e di farmacia militari. Segretario: Col. Med. Harold W. Jones, War Department, Army Medical Library, 7, 9th and Indipendence Av., Washington, D. C., S. U. d'A. Per l'Europa: Col. Med. Voncken, Hôpital Militaire, Liége, Belgio.

Maggio 8-11, Parigi: 52° Congresso della Società francese di oculistica. Segret. gener.: M. Mérigot de Treigny, square de Latour-Mauborg 2, Paris.

Maggio 10-14, Parigi: 5° Congresso nazionale del Centro omeopatico di Francia. Segreteria generale: M. Léon Vannier, Centre homoeopathique de France, rue Murillo 25, Paris.

Maggio 14, Strasburgo: Riunione dermatologica di Strasburgo. Segr. gen.: dott. F. Woringer, Clinique dermathologique, Strasbourg, Francia.

Maggio 15-19, St. Louis: Congresso dell'Associazione Medica Americana. Segreteria: North Dearborn Street 535, Chicago, Ill., S. U. d'A.

Maggio 15-20, Roma: 4° Congresso internazionale di patologia comparata. Segretario generale: prof. Vittorio Zavagli, Consiglio Nazionale delle Ricerche, piazzale delle Scienze, Roma.

Maggio 16-17, New York: 9a Sezione di Conferenze dell'Ufficio Internazionale di Documentazione di Medicina militare. Rivolgersi a: Médecin Colonel Voncken, Office internazional de Documentation de Médecine militaire, Liége, Belgio.

Maggio 18-21, Parigi: Congresso internazionale di assicurazioni sulla vita. Segr. gen.: dott. A. P. Carrie, rue de Belloy, Paris XVIe, Francia.

Maggio 18-21, Bordeaux: 26° Congresso dell'Alleanza d'igiene sociale. Segr. gen.: Eugene Montel, Musée Social, rue Las-Casas 5, Paris.

Maggio 20-21, Zurigo: Assemblea annua della Società svizzera di medicina interna. Rivolgersi al presidente, dott. O. Roth, Schaffhauserstr. 2, Winthherthur, Svizzera.

Maggio 19-21, Lilla: 11a Giornata medica della Facoltà libera di medicina di Lilla. Segr. generale: prof. Billet, rue Nicolas-Leblanc 32, Lille, Nord, Francia.

Maggio 26, Parigi: 25° Anniversario della Società di chimica biologica. Segreteria: prof. René Fabre, Hôpital-Necker-Enfants-Malades, rue de Sèvres 149, Paris.

Maggio 27-29, Vittel: Congresso della diuresi. Segretari generali: dr. F.-P. Merklen, rue du Bac 3, Paris; dr. Boigey, Vittel, Vosges. Segretario amministrat.: M. Frisch, Vittel, Vosges, Francia.

Maggio 27-30, Lilla: 8° Congresso francese di ginecologia. Segret. gen.: dr. Maurice Fabre, rue Jules-Lefèvre 1, Paris 9e.

Maggio 29-1 giugno, Zurigo e Losanna: Giornate ortopediche svizzere. Rivolgersi a: dr. Richard, rue Lois-David 8, Paris.

Maggio 31-2 giugno, Marsiglia, 13a Riunione dell'Associazione dei fisiologi di lingua francese. Segret. gen.: Prof. D. Cordier, avenue Joffre 2, Vert-le-Petit, Seine-et-Oise, Francia.

Maggio, 2a quindicina: Congresso italiano delle dottoresse in medicina. Segretaria: dott. E. Barengo, via S. Eufemia 19, Milano.

Maggio fine, Parigi: 2a Giornata internazionale di patologia e d'organizzazione del lavoro. Segret. gen.: Guy Hausser, rue de la Douane 6, Paris.

Giugno 3-6, Stoccarda: 3° Congresso internazionale dei massaggiatori e degli ausiliari dei medici. Segret. gen.: Verleysen, avenue d'Anderghem 159, Bruxelles, Belgio.

Giugno 5-7, Parigi: 22° Congresso di medicina legale di lingua francese. Segret. gen.: dr. Desoille, rue du Jardin-Public 27, Bordeaux, Gironde, Francia.

Giugno 9-11, Alfort: 7ª Giornata veterinaria. Segreteria: Ecole de méd. vétérinaire d'Alfort, Seine, Francia.

Giugno 22, Parigi: Cinquantenario della Società francese di dermatologia. Segret.: Dr. Fernet, rue de Soutay 11, Paris.

Giugno 24-28, Liegi: 18ª Sessione delle Giornate mediche di Bruxelles. Segret. gen.: dr. René Beckers, rue Beillard 141, Bruxelles, Belgio.

Giugno, principio, Pistoia: Congresso medico regionale di medicina rurale. Rivolgersi al prof. C. Cantieri, Accademia medica pistoiese « Filippo Pacini », Pistoia.

Luglio 16-22, Londra: 4ª Conferenza mondiale per l'Assistenza ai deformi e 50° Congresso Internazionale per l'assitenza ai fanciulli deformi. Segreteria: Central Council for Care of Cripples, Eccleston Square 34, London SW. 1, Inghilterra.

Luglio 17-22, Liegi: 63° Congresso dell'Associazione francese per il progresso delle scienze. Segretar. gen.: Dr. Verne, rue de Varenne 38, Paris.

Luglio 2ª quindicina, Ginevra e Losanna: 11° Congresso dell'Associazione dei ginegologi e ostetrici di lingua francese. Segret. gen.: prof. Brindeau, quai des Gran-Augustin 53 bis, Paris.

Luglio, Friburgo in Brisgau: 8° Congresso dell'ARPA internazionale. Segret. gen.: A. J. Held, rue Adrien-Lachenal 1, Genève, Svizzera.

Agosto 20-21, Copenaghen: Congresso dell'Unione internazionale degli automobili-club medici. Rivolgersi al: dr. Lafond, boulevard Magenta 89, Paris.

Agosto 21-25, Copenaghen: 3° Congresso neurologico internazionale Segret. gen.: M. Knud H. Krabbe, Kommunehospitalet, Copenahgen K, Danimarca.

Agosto 23-30, Edimburgo: 7° Congresso internazionale di genetica. Segret. gen.: prof. Francis A. E. Grew, Institute of Animal Genetics, University, West Mains Road, Edinburgh 9, Scozia.

Agosto (probabilmente), Basilea: Congresso internazionale della Lega omeopatica. Rivolgersi a: M. Evrain, rue Bonaparte 88, Paris.

Settembre 2-9, New York: 3° Congresso internazionale di microbrologia. Segret. gen.: H. Dawson, College of Physicians and Surgeons, 620 West, 168 th Street, New York City, S. U. A. Per l'Italia: rivolgersi al prof. Azzo Azzi, rio Medail n. 3, Torino.

Settembre 4-6 (probabilmente), Berlino: 4° Congresso internazionale di chirurgia ortopedica. Rivolgersi al: dr. Richard, rue Louis-David 8, Paris.

Settembre 11-16, Atlantic City: 3° Congresso internazionale per la lotta scientifica e sociale contro il cancro. Presidenza allo: Institute of Cancer Research, Amsterdam Av. 1145, New York, N.Y., S. U. d'A. Segretario tesoriere: A. L. Loomis Bell, Long Island, College Hospital, Brooklyn, N.Y., S. U. d'A.

Settembre 15, Grenoble: 3° Congresso del fanciullo al mare e alla montagna. Segret. gen.: prof. Piéry, av. Rockefeller 8, Lyon, Rhône; M. Faure, rue Verdi 24, Nizza, Alpes-Maritimes, Francia.

Settembre 16-18, Liegi: 4° Congresso internazionale di grafologia. Segretaria generale: Mme Groudhout, av. Emile-Max 122, Bruxelles, Belgio.

Settembre 17-20, Berlino: 11ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi Per l'Italia: Federaz. naz. fascista per la lotta contro la tubercolosi, via Nazionale 200, Roma.

Settembre 19-23, New York: 7° Congresso internazionale di urologia. Presidente: M. Henry G. Bugbee, 2, East 54th. Street, New York, S. U. d'A.

Settembre 19-24, Toronto: 6° Congresso internazionale degli Ospedali. Rivolgersi a: dr. W. Alter, Ernst Ludwig-Allee 2, Buchschlag, Essen, Germania.

Settembre 20-23, Parigi: 7° Congresso di rieducazione fisica. Commissario generale: M. Watteaux, Institut d'éducation physique, rue Lacrételle, Paris.

Settembre 20-24, Parigi: 14ª Sessione annuale del Comitato generale dell'Associazione Professionale internazionale dei Medici. Segret. gen.: Dr. Fernand Decourt, A. P. I. M., boulevard Latour-Mauborg 60, Paris.

Settembre 22-29, Montpellier: 43° Congresso dei medici alienisti e neurologi di lingua francese. Segretario generale: prof. Combemale, route d'Ypres, Bailleul, Nord, Francia.

Settembre principio (probabilmente 3) Reims: 5° Congresso francese dei medici amici del vino. Rivolgersi a: dr. Guénard, place de la Republique 3, Epernay, Marne, Francia.

Settembre fine, Bucarest: 2° Congresso della Federazione internazionale latina delle Società d'eugenica. Segret. gen.: prof. G. K. Constantinesco, Istituto nazionale Zootecnico, Str. Doctor Staicovici 63, Bucuresti VI, Romania.

Settembre fine, Parigi: 3° Congresso internazionale di radioestesia biologica. Segretaria generale: Mme Andrée Bessou, 9, rue Etex, Paris.

Settembre, data indeterminata, Napoli: 2ª Assemblea dell'Associaz. naz. fascista stomatologica. Rivolgersi: via Cornelio Celso 1, Roma.

Settembre, data indet., Lourenço Marqués: Congresso medico portoghese. Segret.: dr. Roshe, Assoc. med. de Lourenço Marqués, Mozambico, Africa Orientale Portoghese.

Settembre, data indet., Stati Uniti: Congresso della Società internazionale di urologia.

Id. Congresso della lega internazionale per la lotta contro il cancro

Settembre 27-ottobre 1, Lisbona: 5° Congresso della stampa medica latina. Segret. della Federaz.: prof. L.-M. Pierra, av. de Breteuil 52, Paris.

Ottobre 6-8, Parigi: Congresso di documentazione fotografica e cinematografica nelle Scienze. Segret. gen.: dr. Claoué, rue Schaeffer 39, Paris.

Ottobre 7 (probabilmente) Alfort: Giornata del reumatismo. Segreteria: rue du Cherche-Midi 23, Paris.

Ottobre 9-11, Strasburgo: 16° Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia mediche. Segret. gen.: prof. Vaucher, Institut d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie, place de l'Hôpital 1, Strasbourg. Bas-Rhin, Francia.

Ottobre 9-13, Parigi: 39° Congresso dell'Associazione francese di urologia. Segretario generale: dr. Louis Michon, bd. des Invalides 34, Paris 7e.

Ottobre 9-14, Parigi: 48° Congresso dell'Associazione francese di chirurgia. Segretario gen.: dr. Mondor, Seine 12, Paris.

Ottobre 11-14, Parigi: 4° Congresso annuo dei medici elettro-radiologi di lingua francese. Segret. gen.: M. Dariaux, boulevard Rochechouart, 9 bis, Paris.

Ottobre 12-14, Parigi: 6° Congresso dei dermatologi e sifilografi di lingua francese. Segreteria

gen.: dr. Georges Bach, bd. Malesherbes 167, Paris.

Ottobre 13, Parigi: 21ª Riunione annuale della Società francese di ortopedia e di traumatologia. Segret. gen.: dr. Richard, rue Louis-David 8, Paris.

Ottobre 13-15, Liegi: 7° Congresso di chimica biologica. Segret. gen.: prof. Sternon, 5, rue Fusch, Liége, Belgio.

Ottobre 15, Parigi: 6° Congresso annuale della Società francese di bronco-esofagoscopia e di gastroscopia. Segret. gen.: dr. Soulas, rue de Magdebourg 14, Paris.

Ottobre 16-18, Parigi: 44° Congresso francese di oto-rino-laringologia. Segret. gen.: M. Flurin, avenue Mac-Mahon 19, Paris.

Ottobre 17-21, Parigi: 7° Congresso della Società francese di fonoiatria. Segret. gen.: dr. Tarneaud, avenue de la Grande-Armée 27, Paris.

Ottobre 18-21, Berlino: 26ª Riunione della Società tedesca di ginecologia. Segret. gen.: prof. Naujocks, Kerpenstr. 32, Köln-Lindenthal, Germania.

Ottobre, prima settimana, Parigi: 26° Congresso d'igiene. Segret. gen.: dr. Leclainche, Ministère de la Santé publique, rue de Tilsitt 8, Paris.

Ottobre, data indet., Napoli: 45° Congresso della Società ital. di med. interna e 46° Congresso della Società ital. di chirurgia. Segreterie: R. Clinica medi. e R. Clin. chirurg., Napoli.

Ottobre data indet., Parigi: 4° Congresso europeo di chirurgia struttiva. Segret. gen.: M. Coelst, boulevard du Centenaire, Bruxelles, Belgio.

Fine dell'anno, Parigi: 2° Congresso internazionale di Medicina neo-ippocratica. Segret. gen.: dr. Martiny, rue Alfred-Roll 10, Paris.

Data indeter., Zurigo: Congresso internazionale di pediatria preventiva. Segret. gen.: dr. Oltramare, rue des Lévriers 15, Genève, Svizzera.

Data indeter., Parigi: Cinquantenario della Società di psicoterapia e di psicologia comparata. Segret. gen.: dr. Bérillon, rue Vignon 22, Paris.

Data indeter., Utrecht: 3° Congresso della « Societas Oto-rhino-laryngologica latina ». Presid.: prof. F. H. Quix, Universitas Rheno-Trarectina, Facultas Medica, Utrecht, Olanda.

Data indeter., Berlino: 2ª Conferenza dell'Unione internazionale contro la tubercolosi.

Data indeter., Lussemburgo: 2° Congresso sulla protezione della popolazione civile in tempo di guerra (Comitato internazionale d'Informazione e di Azione).

1940.

Settembre, New York: 10° Congresso internazionale di dermatologia e di sifilografia. Segret. gen.: dr. Paul O'Leary, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, S. U. d'A.

Data indeter., Londra: 3° Congresso intern. di gastro-enterologia. Segret. gen.: dr. Brohée, Bruxelles.

1941.

Data indeter., Lipsia: 2° Congresso internazionale di psichiatria infantile; Stoccolma: 2° Congresso intern. di chirurgia.

1942.

Settembre, Liegi: Congresso internazionale di stomatologia insieme con l'11° Congresso francese di stomatologia; Roma: Congresso internazionale di ginecologia.

1943.

Giugno, Parigi: 2° Congresso internazionale sulla lebbra.

L'insegnamento delle malattie tropicali a Modena

Con R. D. n. 1872, del 1° dicembre 1938-XVII, è stata approvata la convenzione stipulata il 25 novembre tra la R. Università di Modena, ed alcuni enti per il finanziamento di un posto di professore di ruolo, riservato alla Clinica delle malattie tropicali e sub-tropicali. I vari enti che hanno partecipato alla convenzione, la quale avrà la durata di sei anni, si sono obligati a versare annualmente contributi continuativi per l'ammontare complessivo di L. 50.616: tra gli enti, oltre l'Amministrazione Provinciale, il Comune, il Consiglio Nazionale delle Corporazioni, il Banco di S. Giminiano, e S. Prospero, vi sono la Federazione degli Industriali, l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione per gli infortuni sul lavoro, l'Istituto Farmacoterapico Italiano di Roma, l'Istituto delle Assicurazioni e il Laboratorio Farmacologico Recordati di Correggio. Ai contributi di questi enti sono da aggiungere lire 35.000 versate dalla Società An. Carlo Erba, Milano (L. 15.000), « Ciba » Soc. An. Ital. Milano (L. 10.000) e Istituto Biochimico Italiano (L. 10 mila) e che saranno divise in sei annualità, ed inoltre il reddito annuale della fondazione « Prof. Massimo Piccinini » in L. 1000. L'Università di Modena potrà così contare sopra un complesso di entrate annuali di L. 57.450 per l'insegnamento della Clinica delle malattie tropicali e subtropicali. E' significativo il largo concorso a questa opera di ditte produttrici.

Corso sull'ortogenesi.

Col 9 febbraio, alle ore 18, inizia il nuovo insegnamento istituito da S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale sulla scienza dell'Ortogenesi, la scienza che si occupa dello studio e della cura normalizzatrice di tutte le possibili deviazioni fisiche e psichiche dei fanciulli e degli adolescenti, al fine di preparare cittadini sani ed armonici ed esenti da imperfezioni che compromettano la fecondità e longevità della razza.

Le lezioni saranno tenute dal sen. prof. Nicola Pende nell'Istituto di Patologia medica al Policlinico Umberto I nei giorni di giovedì e venerdì dalle ore 18 alle 19.

Il Corso è per i medici, gli educatori e le educatrici.

Centro radiofonico per ammalati ospedalieri.

Come hanno pubblicato i giornali quotidiani, a cura del Sindacato nazionale fascista dei medici è stato istituito un centro radiofonico « Igea », le cui speciali trasmissioni saranno destinate agli ammalati degenti negli ospedali. Questo centro avrà un alto valore ai fini della prevenzione e dell'assistenza, nel quadro generale dell'opera svolta dal Regime per la difesa fisica della razza. Saranno radiotrasmesse musiche ricreative, prose, poesie, commedie, destinate al sollievo dei ricoverati; inoltre conferenze di carattere divulgativo, prevalentemente igienico, illustranti specialmente la opera svolta dal Fascismo in questo campo. Il Ministero dell'Interno, quello della Cultura Popolare, e il Segretario del Partito hanno dato la loro alta approvazione a tale iniziativa. Il sen. Bastianelli ha assunto la direzione del Centro coadiuvato da un Consiglio formato dai rappresentanti di tutti gli Enti interessati direttamente o indirettamente. Il Centro provvederà infine a svolgere opera perchè ogni ospedale, sanatorio, clinica, ecc., possa disporre di propri apparecchi radiofonici.

Azioni giudiziarie.

Il 31 luglio 1937 in Roma, al Viale Manzoni, un autocarro guidato dall'autista Pietro Baccarino slittava, andando a finire con la parte posteriore sinistra su di un salvagente ove colpiva il dott. Andrea Castelli, di anni 60, medico-condotto del Governatorato, il quale il giorno dopo cessava di vivere.

Si aprì subito l'istruttoria per omicidio colposo a carico del Baccarino e del proprietario dell'autocarro, rag. Enrico Bucciarelli i quali sono comparsi avanti alla VII Sezione del Tribunale di Roma, che ha condannato il Baccarino ad un anno di reclusione, il Bucciarelli a tre mesi, concedendo alla parte civile per danni una provvisionale di lire diciottomila.

L'11 ottobre scorso a Torino la signora Angela Capriolio si recava dall'odontotecnico Lorenzo Piccardo, che già altra volta le aveva levato un dente. Il Piccardo le aveva messo le pinze in bocca e dato un primo strappo, quando la cameriera annunziò una visita indesiderata: quella di due delegati dell'Ufficio d'Igiene. Il dentista piantò in asso la cliente, la costrinse a passare in una stanza vicina e a nascondersi sotto un letto per tutto il tempo che i due medici delegati rimasero nello studio. Poi, quando se ne andarono, il Piccardo, che era su tutte le furie perchè i medici municipali avevano elevato contro di lui contravvenzione per esercizio abusivo della professione di medico, non volle più saperne della signora e la mandò via col dente ciondoloni.

L'1 febbraio il pretore, nonostante il diniego dell'accusato, il quale affermava di aver sempre esercitato solo la professione di odontotecnico, sentito il racconto della Capriolio, condannava il Piccardo a 1000 lire di multa e a 500 di ammenda, coi benefici della legge.

Il Tribunale di Ascoli Piceno condannò un medico alla multa di lire mille per essersi, nella qualità di ufficiale sanitario e di medico condotto, rifiutato di curare due feriti che erano ricorsi alle sue cure.

Il condannato ricorse in Cassazione, ma questa ha respinto il ricorso, ritenendo che l'obbligo dell'assistenza sanitaria a carico dei medici condotti, anche nei confronti dei non abbienti, non è limitata ai casi d'urgenza, ma ha carattere generale.

E la notevole sentenza così conclude: « Ove si consideri il notevole incremento avuto nello Stato Fascista delle varie forme di assistenza a favore della popolazione, fra cui in prima linea quella sanitaria e l'aggravamento delle sanzioni, introdotte dalla nuova legislazione penale, per le violazioni del dovere di assistenza nei riguardi delle persone ferite, da chiunque commesse, dovrà pervenirsi alla conclusione che, per coloro cui codesto dovere incombe, per ragione di un pubblico servizio ad essi affidato, la prestazione dell'assistenza non possa essere dilazionata nè condizionata, ed in ispecie non possa essere subordinata alla corresponsione anticipata del compenso, spettante a norma di tariffa ».

Per l'umanizzazione della guerra.

L'Unione Medica Balcanica, riunita a Istambul in occasione della sua quinta settimana medica, considerando le terribili sofferenze che la guerra integrale prepara alle popolazioni civili delle città aperte, e la mancanza assoluta d'ogni convenzione per la difesa, e avendo constatato che, anche nella sua forma limitata, il progetto delle « città sanitarie » non è stato ancora adottato, che tutti gli sforzi fatti per la protezione civile contro la guerra chimica son rimasti allo stato di progetto e che il protocollo diretto a vietare l'uso dei gas asfissianti non è stato ancora ratificato da tutte le nazioni, delibera di rivolgersi ai medici di tutti i paesi per pregarli di agire sull'opinione pubblica. Sede dell'Unione: Peyikhane Caddesi 22, Istambul, Turchia.

Un po' dovunque.

La Società medico-chirurgica trevigiana si è adunata il 13 gennaio, sotto la presidenza del prof. A. Bozzoli. Sono state fatte comunicazioni dai soci: V. Pennati, I. De Remedi, D. Calzavara, De Gironcoli.

Si è svolta a Sassari una riunione organizzata dalla Società sarda di ostetricia e ginecologia, allo scopo di studiare i problemi demografici; la riunione è stata presieduta dal prof. Maurizio.

Si è tenuta a Milano la 2ª Sessione del raduno nazionale degli addetti alla sicurezza negli stabilimenti industriali, presso l'Ente nazionale di propaganda per la prevenzione degli infortuni; vi hanno partecipato i rappresentanti di oltre 150 importanti aziende.

S. E. Petragnani ha visitato il dispensario d'igiene sociale di Predappio; a Forlì ha inaugurato l'Istituto provinciale d'igiene e profilassi ed ha visitato l'Istituto Vitt. Em. III per l'infanzia, che assiste circa 1200 bambini; ha poi presieduto un convegno sanitario, durante il quale sono state discusse nove relazioni.

Un nuovo fascicolo di « Arte Medica Italica » è dedicato all'igiene in Italia.

« Medicina nostra » ha organizzato una crociera nell'arcipelago toscano, con inizio il 7 aprile e della durata di 4 giorni; prezzo complessivo della gita L. 350. Per informazioni rivolgersi alla rivista, Corso Sempione 5, Milano.

Nell'Ospedale di Ascoli Piceno è morto di rabbia il ragazzo Felice Martini, di anni 7.

In un centro rurale prossimo a Torino, Santena, si sono verificati una settantina di casi di avvelenamenti da arsenico, per una accidentale mescolanza di polvere topicida con la farina per allestire il pane. Fortunatamente non sono stati gravi.

Gli elettori del cantone di Zurigo sono stati chiamati, il 22 gennaio, a pronunziarsi circa l'autorizzazione del metodo terapeutico detto « chiropratica », largamente diffuso negli Stati Uniti. La maggioranza si è dichiarata favorevole.

Una conferenza del sen. De Francisci agli universitari dell'Urbe sui problemi razziali ha concluso un primo ciclo di attività della « Sezione demografia e razza » del G.U.F. di Roma.

Per i profughi dalla Spagna in territorio francese sono stati organizzati servizi sanitari di esame e di vaccinazioni.

Il medico italiano Andrea Mancini, che esercitava la professione a Sussa, in Tunisia, è stato espulso il 4 febbraio dalla Tunisia, per misure amministrative.

Nei giornali si sono date ampie notizie sulla gravissima agitazione provocata, nel Belgio, dalla nomina alla Reale Accademia fiamminga di medicina del dott. Martin, già condannato a morte per alto tradimento e poi amnistiato. Tra l'altro, il presidente del Consiglio dei ministri, Spaak, è stato aggredito in una dimostrazione da un ex-combattente; il presidente dei volontari di guerra è stato ferito.

I giornali hanno dato notizia anche di uno scandalo prodottori al Ministero Belga del Lavoro e della Previdenza sociale: il capo di gabinetto, dott. Imianitoff, in occasione di un processo al Tribunale d'onore dell'Ordine dei medici, è stato riconosciuto falsificatore di documenti.

Il Re è intervenuto personalmente a una seduta del Consiglio, in cui i due casi suddetti vennero discussi.

Nella stampa sanitaria.

È uscito in questi giorni il primo numero de « La Stomatologia Italiana », organo ufficiale dell'Associazione Culturale Fascista Stomato-Odontologica, diretta dai professori Forster, Beretta, Fasoli, Perna, Arlotta, Grandi, Manicardi, Polau.

Ne pubblichiamo il sommario:

Elettrosterilizzazione dei canali radicolari con l'elettrodo doppio (E. Forster-O. Hoffer). — Ricerche sulla presenza e sul contenuto di vitamina C di tessuti germinali dentari di animali a dieta comune e a dieta ricca di acido ascorbico (E. Tempestini). — Un caso di meningite consecutiva ad infezione orale (Caviglia). — Nevralgia del trigemino consecutiva e ipercementosi (F. Scaglione). — *Stomatologia sociale*: Tentativo di una statistica dei medici stomatologi e degli odontoiatri in Italia (A Brunetti). — *Note pratiche*: La cura canalare dei denti (C. Brizi). — *Redazionale*. — *Rassegna analitica della letteratura contemporanea*. — *Consulenza*. — *Contributo storico*. — *Stomatologia sociale*. — *L'odontoiatria ai tempi dell'Impero romano*. — *Associazione nazionale culturale fascista stomato-odontologica*. — *Questioni professionali*. — *Varietà*. — *Notiziario italiano e estero*. — *Appunti*. — *Libri e opuscoli*. — *Necrologio*. — *Economici*. — *Voci degli abbonati*.

È una rivista veramente magnifica e che fa onore al nostro paese. È sperabile che tutti gli stomatologi italiani si abbonino.

Quota di abbonamento lire 70 da spedire al prof. Beniamino De Vecchis, via Cornelio Celso 1, Roma.

CLAUDIO GARGANO

Iscrittosi nel 1894 nella Facoltà di Medicina e Chirurgia di Napoli, vi conseguì la laurea nel luglio 1900. Vinse quindi il concorso per chirurgo assistente degli Ospedali Riuniti di Napoli e ivi prestò servizio per 4 anni in vari reparti. Contemporaneamente si iscrisse alla Facoltà di Scienze Naturali e nel 1905 sostenne l'esame di laurea con il massimo dei voti. La tesi fu pubblicata negli Atti della R. Accademia delle Scienze di Napoli. Vinse in seguito per concorso una borsa di studio alla Stazione zoologica di Napoli, borsa che ha conservato fino al 1915, epoca della mobilitazione. Nel 1907 fu nominato, in seguito a concorso, coadiutore degli Ospedali Riuniti di Napoli, posto che tenne fino al 1911, e nel 1917 fu nominato chirurgo ordinario e vice direttore dell'ospedale di Frattamaggiore.

Nel 1914 assistente ordinario della I[a] Clinica Chirurgica di Napoli; nel 1920 ebbe le funzioni di coadiutore e di dirigente il Laboratorio di anatomia patologica e Capo di un reparto chirurgico; infine gli fu affidato, per incarico interno, l'insegnamento ufficiale di semeiotica e diagnostica chirurgica.

Libero docente di patologia chirurgica nel 1912 e nel 1918 di clinica chirurgica, il Gargano era socio della Società Italiana di Chirurgia e di quella Internazionale di Chirurgia, socio ordinario residente della Società dei Naturalisti di Napoli, redattore i chirurgia del « Giornale Internazionale delle Scienze Mediche » e direttore degli « Annali Italiani di Chirurgia ».

La sua operosità scientifica è dimostrata dalle sue numerose pubblicazioni che vertono su argomenti vari di patologia e clinica chirurgica, di anatomia patologica, ecc.

Prestò la sua opera in occasione del terremoto Calabro-Siculo, partecipò alla grande guerra dall'inizio alla fine, e nel 1937, fu dal Ministero della Guerra incaricato di accompagnare le truppe in Somalia come direttore sanitario della R. nave « Umbria ».

R. ALESSANDRI.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 20 Febbraio 1939 - XVII — Num. 8

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

R. UNIVERSITÀ DEGLI STUDI «BENITO MUSSOLINI» BARI.
ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E TERAPIA CLINICA
diretto dal prof. LUIGI FERRANNINI.

Curva glicemica da insulina inibendo o eccitando farmacologicamente il sistema neuro-vegetativo.

Dott. MILONE GIUSEPPE, assistente.

Qual'è il punto d'attacco dell'insulina e quanto nella sua azione biologica è dovuto a reazioni chimiche direttamente indotte da essa e quanto ad azioni fisiologiche collaterali, sono fra i più importanti dei tanti problemi ancor oggi presentati dall'ipoglicemia da insulina.

Alcuni autori (come Franck e Wagner) che hanno studiato gli effetti dell'insulina sulla differenza tra glicemia arteriosa e venosa, hanno visto che l'insulina fa aumentare questa differenza, ed hanno interpretato il fenomeno come dovuto ad un aumento del consumo di zucchero nei tessuti.

Si è discusso a lungo riguardo all'azione dell'insulina sopra il glicogeno epatico. Nel fegato di soggetti normalmente nutriti è stata constatata, in seguito ad iniezione di insulina, ora una diminuzione, ora un comportamento incostante del glicoceno epatico, e infine in una stessa esperienza, in primo tempo glicogenolisi epatica, poi accumulo di glicogeno (Sotgiu).

La questione è stata definita in questo senso che l'insulina negli animali a sangue caldo, è glicogenetica sul fegato ricco di glicogene, glicogenepoietica se il sangue è ricco di zucchero.

Quale che sia la ragione intima dell'azione dell'insulina, non si può escludere l'intervento del sistema nervoso nei complessi fenomeni comprendenti il ricambio degli idrati di carbonio e l'azione della insulina in parti-

colare. È certo che nella regolazione della glicemia una parte importante va attribuita al sistema nervoso vegetativo attraverso i suoi rapporti con il fegato, il pancreas, le capsule surrenali.

Fin da quando il Blum dimostrò che l'iniezione di adrenalina, tipico eccitante del sistema simpatico, produce una netta e costante iperglicemia con contemporanea diminuzione o addirittura scomparsa del glicogene epatico, e che tale iperglicemia non si produce se il fegato è povero di glicogene, apparì l'importanza del simpatico nella regolazione della glicemia.

Mentre però si ammette un'influenza indiscussa del simpatico sulla glicosuria, non esiste altrettanto accordo per quanto riguarda il parasimpatico.

Secondo Papilliam e Funariu il vago avrebbe una importanza considerevole sulla regolazione della glicemia, avendo essi osservato che la sezione dei vaghi impedisce la comparsa della iperglicemia sia adrenalinica che pilocarpinica.

Il vecchio concetto di Eppinger, Falta, e Rudinger dell'antagonismo pancreas, surrene, tiroide, il cui equilibrio regolerebbe la concentrazione glicemica, ripreso in questi ultimi tempi è stato modificato nel senso di un equilibrio nervoso-simpatico, che agendo sulla cellula epatica ne allenterebbe o ne accelererebbe la funzione glicogenolitica.

Se la stimolazione del simpetico e l'iniezione di adrenalina determinano iperglicemia secondaria ad una glicogenolisi epatica, d'altra parte l'estratto insulare stesso provoca una scarica adrenalinemica (Maretti e Pedezzi).

Già la considerazione teorica dei rapporti molteplici e strettissimi fra sistema nervoso-vegetativo e ricambio, rapporti messi di più in più in luce dall'indagine fisiopatologica-clinico-sperimentale, fa pensare come un'eventualità probabile che le variazioni del tono neuro-vegetativo indotte attraverso il riflesso oculo-cardiaco si ripercuotono sugli equilibri metabolici ed in modo speciale su quello glicemico che è senza dubbio uno di quelli più direttamente e con più squisita sensibilità dipendente dal tono neuro-vegetativo.

I primi ad accorgersi che durante il riflesso oculo-cardiaco si hanno perturbazioni dell'equilibrio glicemico furono Santenoise e Fuchs.

La scarica di adrenalina coinciderebbe e sarebbe in relazione con la fase iniziale vasocostrittiva ed ipertensiva del riflesso oculo-vasomotore.

Le relazioni fra regolazione dell'equilibrio glicemico e stato del sistema neurovegetativo dovrebbero essere ancora più lumeggiate dalle ricerche farmaco-dinamiche, specialmente per mezzo di quei farmaci che hanno diretta azione sul simpatico e sul vago.

In questo campo si è constatato che nell'uomo, gli individui di costituzione longilinea sono più sensibili ai due ormoni insulare e surrenale; queste due sostanze iniettate insieme provocherebbero in essi una risposta glicemica molto più forte, mentre la sola insulina produrrebbe un accesso ipoglicemico.

La glicemia nei microsomici al contrario si presenta come una corda fortemente tesa mostrando semplicemente delle leggere oscillazioni.

L'atropina, che paralizza il vago, secondo alcuni autori (Mac Gujgan) determinerebbe un aumento del tasso glicemico, mentre secondo altri non avrebbe alcuna azione iperglicemizzante. Cannavò afferma di non aver avuto alcuna azione iperglicemizzante con sostanze vago-paralizzatrici come l'atropina, mentre con sostanze ad azione vago-eccitatrici, ha ottenuto iperglicemia.

Anche l'acetilcolina è stata oggetto di numerose ricerche e discussioni che non hanno dato dei risultati molto concordi. Secondo Bornstein e Vogel tanto la colina che l'acetilcolina avrebbero azione iperglicemica in seguito ad ipoglicemia.

Non molto si può dire nei riguardi dell'eserina, farmaco ad azione simpaticotropa poichè è stata poco studiata e quindi non si conosce quasi nulla intorno al suo meccanismo di azione.

Da tutto ciò emerge l'importanza che ha il poter precisare se questi farmaci influenzano in qualche modo il ricambio degli idrati di carbonio ed è perciò che su consiglio del mio maestro io ho studiato l'azione che queste singole sostanze in individui normali hanno sul decorso della curva glicemica da insulina, le cui caratteristiche sono state, in questa Clinica, studiate da Alfredo Ferrannini.

I soggetti da me esaminati sono stati tenuti a digiuno dalla sera precedente, ed il metodo eseguito è quello che comunemente si usa per tali ricerche, cioè prelevando il sangue prima del trattamento e poi mezz'ora, un'ora, due ore, tre ore, quattro ore, dopo l'iniezione sottocutanea di 10 U. d'insulina associata o no ad uno dei seguenti farmaci: adrenalina, eserina, atropina, e acetilcolina.

Per la determinazione della glicemia ho seguito il metodo di Folin-Wu.

CASO I. — M. Nerina, di anni 26. Curva glicemica da iniezione sottocutanea di 10 U. d'insulina. La glicemia, da 0,96 prima dell'iniezione, si è innalzata a 0,98 dopo 60', dopo di chè si è abbas-

sata a 0,72 dopo 180', per quindi elevarsi a 0,90 dopo 240'.

Iniettando inoltre, in una seconda esperienza, 10 U. d'insulina e 1 mmgr. d'adrenalina, la glicemia, da 0,98 prima, ha raggiunto un massimo di 1,54 dopo 60', dopo di che si è abbassata a 0,84 dopo 240'.

Caso II. — V. Francesco, di anni 21. Curva glicemica da iniezione sott. di 10 U. d'insulina; la glicemia da 0,84, prima ha raggiunto un minimo di 0,60 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,92 dopo 240'.

Iniettando nello stesso soggetto in una seconda esperienza 10 U. d'insulina e 2 ctgr. d'acetilcolina, la glicemia, da 0,82 prima, si è abbassata a 0,46 dopo 30', dopo di che si è innalzata a 0,84 dopo 120', per poi ridiscendere a 0,76 dopo 240'.

Iniettando ancora in una terza esperienza 10 U. d'insulina e 1 mmgr. d'atropina, la glicemia, da 0,82 prima, si è abbassata a 0,50 dopo 30', dopo di che si è innalzata a 0,94 dopo 180', per poi ridiscendere a 0,84 dopo 240'.

Iniettando infine 10 U. d'insulina e ½ mmgr. di eserina, la glicemia, da 0,88 prima dell'iniezione ha raggiunto un minimo di 0,56 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,78 dopo 120', per poi ridiscendere a 0,76 dopo 180', e quindi risalire a 0,84 dopo 240'.

Caso III. — M. Raffaela, di anni 28. Curva glicemica da iniezione sott. di 10 U. d'insulina: la glicemia da 0,98 prima dell'iniezione, ha raggiunto un minimo di 0,44 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,94 dopo 240'.

Iniettando inoltre in una seconda esperienza 10 U. d'insulina e 1 mmgr. d'adrenalina, la glicemia, da 0,94 prima, ha raggiunto un massimo di 1,82 dopo 120', dopo di che si è abbassata a 0,84 dopo 240'.

Iniettando poi in una terza esperienza 10 U. d'insulina e 1 mmgr. d'atropina, la glicemia, da 0,86 prima, si è abbassata a 0,42 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,78 dopo 240'.

Iniettando infine 10 U. d'insulina e ½ mmgr. di eserina, la glicemia, da 0,86 prima, si è abbassata a 0,42 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,90 dopo 240'.

Caso IV. — G. Sebastiano, di anni 30. Curva glicemica da iniez. sott. di 10 U. d'insulina: la glicemia, da 0,82 prima dell'iniezione, ha raggiunto un minimo di 0,64 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,80 dopo 240'.

Iniettando inoltre in una seconda esperienza 10 U. d'insulina e 2 ctgr. d'acetilcolina, la glicemia, da 0,86 prima, si è abbassata a 0,62 dopo 120', dopo di che si è innalzata a 0,76 dopo 240'.

Caso V. — De S. Vito, di anni 30. — Curva glicemica da iniez. sott. di 10 U. d'insulina: la glicemia da 0,90 prima dell'iniezione, ha raggiunto un minimo di 0,66 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,82 dopo 180', per poi ridiscendere a 0,78 dopo 240'.

Iniettando inoltre in una seconda esperienza 10 U. d'insulina e 1 mmgr. d'adrenalina, la glicemia, da 0,94 prima, ha raggiunto un massimo di 1,48 dopo 60', dopo di che si è abbassata a 0,72 dopo 180', per poi rielevarsi a 0,82 dopo 240'.

Caso VI. — M. Francesco di anni 34. Curva glicemica da iniez. sott. di 10 U. d'insulina: la glicemia da 0,92 prima dell'iniezione, si è abbassata a 0,64 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,68 dopo 120', per poi ridiscendere a 0,54 dopo 180', e infine di elevarsi a 0,76 dopo 240'.

Iniettando inoltre in una seconda esperienza 10 U. d'insulina e 2 ctgr. d'acetilcolina, la glicemia, da 0,96 prima, si è abbassata a 0,36 dopo 30', dopo di che si è innalzata a 0,42 dopo 60', per poi ridiscendere a 0,34 dopo 120', e quindi risalire a 0,52 dopo 240'.

Caso VII. — R. Teresa di anni 32. Curva glicemica da inez. sott. di 10 U. d'insulina: la glicemia, da 0,98 prima dell'iniezione, ha raggiunto un minimo di 0,64 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,92 dopo 240'.

Iniettando inoltre in una seconda esperienza 10 U. d'insulina e 1 mmgr. d'atropina, la glicemia, da 0,98 prima, si è abbassata a 0,72 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,74 dopo 120', per poi ridiscendere a 0,68 dopo 180', e infine rielevarsi a 0,84 dopo 240'.

Iniettando poi in una terza esperienza 10 U. d'insulina e ½ mmgr. d'eserina, la glicemia, da 1,06 prima ha raggiunto un minimo di 0,48 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,90 dopo 240'.

Caso VIII. — L. Giuseppina, di anni 19. Curva glicemica da iniez. sott. di 10 U. d'insulina: la glicemia, da 0,96 prima dell'iniezione ha raggiunto un minimo di 0,48 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,98 dopo 180', per poi ridiscendere a 0,92 dopo 240'.

Iniettando inoltre in una seconda esperienza 10 U. d'insulina e 1 mmgr. d'adrenalina, la glicemia, da 0,94 prima, ha raggiunto un massimo di 2,32 dopo 60', dopo di che si è abbassata a 0,76 dopo 180', per poi risalire a 0,86 dopo 240'.

Iniettando poi in una terza esperienza 10 U. d'insulina e ½ mmgr. d'eserina, la glicemia, da 0,84 prima, si è abbassata a 0,66 dopo 60'; dopo di che si è innalzata a 0,90 dopo 240'.

Iniettando infine 10 U. d'insulina e 1 mmgr. d'atropina, la glicemia da 0,90 prima, si è abbassata a 0,58 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,76 dopo 240'.

Caso IX. — P. Francesco, di anni 34. Curva glicemica da iniez. sott. di 10 U. d'insulina: la glicemia, da 0,96 prima dell'iniezione, ha raggiunto un minimo di 0,62 dopo 60', dopo di che si è innalzata a 0,98 dopo 180', per poi ridiscendere a 0,92 dopo 240'.

Iniettando inoltre in una seconda esperienza 10 U. d'insulina e 2 ctgr. d'acetilcolina; la glicemia, da 0,92 prima, si è abbassata a 0,54 dopo 30' dopo di che si è elevata a 0,84 dopo 240'.

Caso X. — P. Marino, di anni 34. Curva glicemica da iniez. sott. di 10 U. d'insulina: la glicemia da 0,84 prima dell'iniezione, ha raggiunto un minimo di 0,42 dopo 120', dopo di che si è elevata a 0,72 dopo 240'.

Iniettando inoltre in una seconda esperienza di 10 U. d'insulina e 2 ctgr. d'acetilcolina, la glicemia, da 0,96 prima, si è abbassata a 0,54 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,86 dopo 240'.

Iniettando poi in una terza esperienza 10 U. d'insulina e 1 mmgr. d'atropina, la glicemia, da 0,80 prima, si è abbassata a 0,38 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,60 dopo 240'.

Iniettando ancora in una quarta esperienza 10 U. d'insulina e ½ mmgr. d'eserina, la glicemia, da

0,86 prima, si è abbassata a 0,56 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,72 dopo 240'.

Iniettando infine 10 U. d'insulina e 1 mmgr. di adrenalina, la glicemia, da 0,88 prima, ha raggiunto un massimo di 1,54 dopo 120', dopo di che si è abbassata a 0,90 dopo 240'.

CASO XI. — De M. Antonio, di anni 28. Curva glicemica da iniez. sott. di 10 U. d'insulina: la glicemia, da 0,96 prima dell'iniezione, ha raggiunto un minimo di 0,56 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,98 dopo 180', per poi ridiscendere a 0,92 dopo 240'.

Iniettando inoltre in una seconda esperienza 10 U. d'insulina e 2 ctgr. d'acetilcolina, la glicemia da 0,98 prima, si è abbassata a 0,48 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,86 dopo 240'.

Iniettandp infine 10 U. d'insulina e 1 mmgr. d'atropina, la glicemia, da 0,90 prima, si è abbassata a 0,44 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,66 dopo 240'.

CASO XII. — P. Oronzo, di anni 26. Curva glicemica da iniez. sott. di 10 U. d'insulina: la glicemia, da 0,86 prima dell'iniezione, ha raggiunto un minimo di 0,56 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,92 dopo 180', per poi ridiscendere a 0,84 dopo 240'.

Iniettando inoltre in una seconda esperienza 10 U. d'insulina e ½ mmgr. d'eserina, la glicemia, da 0,90 prima, si è abbassata a 0,56 dopo 60', dopo di che si è elevata a 0,82 dopo 240'.

Iniettando poi in una terza esperienza 10 U. d'insulina, e 1 mmgr. d'adrenalina, la glicemia, da 0,90 prima, ha raggiunto un massimo di 1,56 dopo 60', dopo di che si è abbassata a 0,68 dopo 180', per poi risalire a 0,86 dopo 240'.

È evidente che la curva glicemica da iniezioni dei due ormoni associati (adrenalina ed insulina) è la risultante di due azioni perfettamente opposte: quella insulinica, ipoglicemizzante, più tarda e duratura, che si rende più evidente fino a prevalere nella fase terminale dell'esperienza; quella adrenalinica, più rapida e intensa, prevale invece nel primo tempo dell'esperienza.

Lo stesso fenomeno, con scarse varianti dovute alla diversa reattività dei singoli individui, si nota nel rimanente delle esperienze. Si deve perciò concludere che l'azione ipoglicemizzante dell'insulina è inibita o compensata parzialmente dall'azione iperglicemizzante dell'eccitazione simpatica da adrenalina, nello stesso modo che l'iperglicemia da adrenalina è ostacolata o compensata dall'azione ipoglicemizzante; noto che però le opposte azioni non sono espressioni quantitativamente corrispondenti come non sono assolutamente contemporanee.

Nel dare un'interpretazione delle curve glicemiche, che, come si nota, hanno subìto delle oscillazioni nei diversi individui, bisogna tener presente la prevalenza vagale o simpatica di questi soggetti, di cui ha largamente parlato Manca nel suo lavoro.

A) Un primo gruppo comprende individui che, per i caratteri della curva glicemica da loro presentata, si possono considerare normali (normotonici).

Casi N. 2-9-11-12-8.

B) Un secondo gruppo comprende individui la cui curva è caratterizzata da una netta fase ipoglicemica che non raggiunge il punto di partenza (distonici con prevalenza vagale). Casi N. 3-4-5-7-10.

C) Un terzo gruppo comprende coloro i quali presentano una curva caratterizzata da una lentezza della discesa di essa e da oscillazioni (distonici con prevalenza simpatica). Casi N. 1 e 6.

L'iniezione di 10 U. d'insulina ci ha dato sempre una netta e costante ipoglicemia, nei distonici simpatico-prevalenti (N. 1 e 6) questa ipoglicemia ha raggiunto il tasso più basso solo nella terza ora, e poi la curva ha cominciato ad elevarsi senza aver potuto raggiungere nella quarta ora il tasso normale. Questo probabilmente dipende dalla resistenza opposta all'azione dell'insulina da parte dell'adrenalina endogena che certamente è in eccesso in questi soggetti con prevalenza simpatica.

Se infatti in questi soggetti si associa all'iniezione d'insulina un mmgr. di adrenalina si ha una curva ascensionale che somiglia a quella da sola adrenalina; questa curva raggiunge il massimo nella prima ora, poi rapidamente discende.

L'associazione dell'eserina con l'insulina ha dato costantemente un abbassamento massimo del tasso glicemico leggermente superiore a quello da sola insulina; però le curve glicemiche presentano sempre un leggero rallentamento nell'ascesa, che non tocca quasi mai il punto di partenza, e non hanno alcuna oscillazione neppure nei simpaticotonici.

L'eserina rende la curva ipoglicemica da insulina meno oscillante, più duratura, anche se non molto più accentuata quantitativamente. L'atropina unita all'insulina ha dato curve ipoglicemiche lievemente dissimili da quelle da sola insulina in quanto che, mentre nei vagotonici restano quasi sempre al di sotto del punto di partenza, nei normotonici invece esse superano talora il punto di partenza stesso.

Sebbene vi siano autori che hanno determinato un'azione iperglicemizzante coll'atropina, io non ho potuto notare alcun fatto in questo senso, ma ho potuto solo costatare che l'atropina nella maggioranza dei casi non inibisce affatto l'ipoglicemia da insulina.

Associando inoltre all'insulina due ctgr. di acetilcolina ho ottenuto sempre una netta fase ipoglicemica molto bassa che ha raggiunto il minimo dopo 30' o 60' e si è poi innalzata gradatamente mantenendosi ancora nella quarta ora parecchio al disotto del punto di partenza. Anche qui come per la sola insulina, si sono avute delle più o meno marcate oscillazioni dei distonici vago e simpatico-prevalenti.

Questo fenomeno concorda con quanto nella nostra Clinica ha dimostrato il Barbera sulla pressione arteriosa dell'uomo normale che viene abbassata dall'associazione insulina acetilcolina più che non dai due singoli farmaci isolati.

In conclusione: un forte stimolo farmacologico portato sul sistema nervoso simpatico, come è quello che si ha con l'iniezione di adrenalina, ostacola, attraverso una netta fase iperglicemica, l'ipoglicemia da insulina. L'abbassamento di tono del simpatico o del vago, farmacologicamente ottenuto con le rispettive iniezioni di eserina e di atropina, non ha che scarsi effetti sulla ipoglicemia da insulina; questi effetti consistono nel conferire alle curve glicemiche da insulina una impronta analoga a quella che hanno negli individui distonici neuro-vegetativi e precisamente deprimendo il tono del simpatico (eserina) si hanno curve che rammentano quelle dei vagotonici e deprimendo il vago (atropina), curve che somigliano a quelle dei simpaticotonici.

Un'intensa azione di stimolo farmacologico sul vago come è quella indotta dall'acetilcolina rende infine l'azione ipoglicemizzante dell'insulina più intensa e più duratura.

L'osservazione del decorso delle curve glicemiche da insulina nei vari tipi costituzionali, la loro influenzabilità in seguito ad azioni farmaco-dinamiche eccitanti o paralizzanti delle singole sezioni del sistema neurovegetativo dimostrano chiaramente i stretti rapporti che esistono nella regolazione del ricambio degli idrati di carbonio fra azione insulinica e stato del sistema neuro-vegetativo.

RIASSUNTO.

In ricerche su individui normali l'Autore ha studiato l'effetto che sulla curva glicemica da insulina esplica un contemporaneo stimolo farmacologico eccitante e deprimente il simpatico ed il vago.

Mentre un forte stimolo sul simpatico ostacola attraverso una netta fase iperglicemica la ipoglicemia da insulina, l'abbassamento di tono del vago o del simpatico ottenuto con l'atropina e l'eserina conferisce alle curve glicemiche da insulina una caratteristica analoga a quella che hanno le curve da sola insulina in individui distonici neuro vegetativi.

E precisamente deprimendo il tono simpatico le curve da insulina ricordano quelle dei vago tonici e deprimendo il vago quelle dei simpaticotonici.

Queste ricerche lumeggiano l'importanza dei rapporti fra azione insulinica e stato del sistema neuro vegetativo.

BIBLIOGRAFIA.

AUDO-GIANOTTI. Pensiero Medico, 24 agosto 1935, pag. 281; settembre 1935, pag. 317.

CANNAVÒ. Arch. di Farmac. Sperim., pag. 263, 1927.

HRUBETZ. Blutzuckerspiegel nach Eserin, 161, C. I.

JOURDAN F., GALJ P. e GALLONI. Compt. rend. Soc. de Biol., 123, 604-605.

JOURDAN F. e GALJ P. Compt. rend. Soc. de Biol., 123, 902-904.

LAMI. Rassegna di Fisiopatologia Clin. e Ter. Pisa, settembre 1937.

LA GRUTTA. Rivista di Patol. Sperim., pag. 206, 1928.

MORETTI e PEDEZZI. Fisiologia e medicina, pag. 357, 1930.

SOTGIU. Arch. di Patol. e Clin. Med., pag. 580, 1930.

NOTE E CONTRIBUTI

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA
Direttore: prof. P. L. BOSELLINI.

Risultati ottenuti col benzoato di benzile nel trattamento della scabbia umana.

Dott. MARIO MONTANARI.
specialista.

In questi ultimi anni allo scopo di eliminare l'azione irritante di alcuni medicamenti antiscabbiosi (pomate allo zolfo sopratutto) e di abbreviare il trattamento stesso della scabbia, alcuni AA. hanno rivolto la loro attenzione al benzoato di benzile.

Tale medicamento, già noto perchè contenuto nel *Balsamo Peruviano*, venne preparato sinteticamente dalla Actien Gesellschafht f. Anilinfabrikation di Berlino, circa 32 anni fa, e messo in commercio con il nome di Peruscabina.

Il Peruol, messo in commercio dalla stessa ditta ed attualmente fabbricato dalla Curta e C., G. m. b. H., di Berlin Britz, è Peruscabina in olio di ricino al 25 %.

Tale prodotto venne esperimentato nel 1904 dallo Sprecher su 17 scabbiosi dell'Ospedale Cottolengo di Torino con favorevoli risultati.

Il benzoato di benzile (C_6H_5-$COOCH_2$-C_6H_5)

è un liquido incolore, poco più denso dell'acqua, emanante odore acre di balsamo peruviano. Il suo peso specifico a 19° è di 1,1214, il suo punto di ebollizione alla pressione di 9 mm. è a 173°. Esso trova applicazioni industriali e farmaceutiche essendo usato come solvente e diluente di essenze o profumi naturali e sintetici, quale plasstificante della nitrocellulosa. Entra come analgesico e antispasmodico nella costituzione di alcune specialità farmaceutiche, come l'Aspasmol di Wassermann.

Il benzoato di benzile venne usato sin dal 1911 da Ludwig Nielsen di Frederiksberg. Il metodo usato era assai costoso ed anche molto complicato.

Durante la guerra, il dott. M. Janson (*Bull. de la Sté Française de dermatologie e syphil.*, n. 5 du 14 mai 1936), allora medico militare nell'esercito francese, notò che durante attacchi di gas lacrimogeno, i pidocchi venivano uccisi in gran quantità. Egli collegò tale azione parassicida alla presenza di benzile nei gas lacrimogeni stessi costituiti come è noto da bromuro di benzile e di xilile.

In seguito a tale osservazione lo impiegò con ottimo risultato per la cura della scabbia.

Circa 10 anni fa Clement, Braley e Demoly (Essai de traitement de la gale par des préparation de sulfures organiques inodores et de benzoate de benzyle; *Bull. Sté dermatologie et Syph.*, 10 mai 1928) usarono una mescolanza di monosulfuro di paracresile (che è un isomero del cresile o toluene il quale è un metilbenzene) e di benzoato di benzile sciolti in olio nella proporzione del 10 %. Con tale miscela trattarono 30 malati con risultati favorevoli.

Nel 1932 Kissmeyer, medico capo del servizio dermatologico dell'ospedale municipale di Copenhagen, riprendendo le esperienze di Nielsen modificò il metodo in modo da rendere il trattamento ancora più breve (meno di un'ora) e riducendone il costo. Egli impiega, usualmente pel trattamento ambulatorio della scabbia, la seguente formula:

Sapone molle
Alcool isopropilico
Benzoato di Bènzile aagr. 50

Detta qualità di linimento è sufficiente pel trattamento di un adulto.

Si può sostituire l'alcool etilico a 90° a quello isopropilico, che è più irritante per la cute e di costo più elevato (Grassi « Sulle moderne cure della scabbia » Boll. delle sezioni reg. n. 3, dicembre 1937).

Le norme seguite pel trattamento consistono:

Il paziente, accuratamente insaponato e frizionato, curando in particolar modo le regioni ove sono i cunicoli, prende un bagno caldo per 10 minuti; continuando lo sfregamento. Uscito dall'acqua, mentre il corpo è ancora bagnato, è spalmato su tutto l'ambito cutaneo, salvo la testa e il collo, col linimento al benzoato di benzile, per 5', con un pennello di peli di porco; si ripete la frizione col medicamento dopo che la cute sia relativamente asciutta. Infine dopo aver asciugato con un panno morbido, rimette gli stessi abiti che indossava prima di iniziare la cura. Alla distanza di 24 ore prende un nuovo bagno e veste indumenti puliti.

Il tutto dura all'incirca tre quarti d'ora, dopo di che il paziente può riprendere le sue abituali occupazioni.

Il Kissmeyer (*Lancet*, n. 5914, 2 gennaio 1937, p. 21) ha curato con la lozione di benzoato di benzile più di ottomila malati, sempre con ottimi risultati terapeutici.

Caratteristiche del metodo sarebbero l'efficacia, la rapidità, la mancanza di fatti irritativi; può essere applicato anche ai fanciulli, ed è utilissimo anche nei casi complicati da piodermite secondaria.

Il metodo di Kissmeyer, detto anche danese, fu successivamente adoperato da molti AA. con risultati costantemente buoni.

Il Vellin (contribution à l'étude du traitement de la gale par le benzoate de benzyle. *Presse Médicale*, 9 ottobre 1933) porta l'esperienza di 112 casi trattati esclusivamente col metodo di Kissmeyer, ne sostiene l'assoluta efficacia, l'azione rapidissima e l'assoluta pulizia, ritenendolo applicabile in tutte le forme cliniche di scabbia, sia nei bambini che nei vecchi e nelle donne incinte. Solo le piodermiti molto accentuate esigono un trattamento preliminare.

Ugualmente Leon Goldmann di Cincinnati (Treatment of Scabies with Benzyle Benzoate. *Arch. of Derm. a. Syph.*, vol. 36, 1937) è soddisfatto del metodo e così pure Ravina (Traitement de la gale par le benzoate de Benzyle. *Presse Médicale*, n. 13, 12 febbraio 1936). Thorel (citato da Kissmeyer in *Bull. de la Sté Française de dermatologie et syphil.*, n. 5, 14 maggio 1936) dopo di aver sperimentato per due mesi il metodo riporta dei risultati veramente soddisfacenti e ne esalta le caratteristiche di rapidità, pulizia ed efficacia. Egli sostiene che le recidive sono rare.

Il Rousset (*Progrès Médical*, 16 ottobre 1937) nel passare in rassegna i diversi metodi di cura della scabbia afferma che il benzoato di benzile ha il grande vantaggio di esigere una sola applicazione e di presentare una grande efficacia.

Il prof. Jame (*Bull. Sté Française de derm. et syph.*, n. 5) che ha seguito il metodo durante tutto il servizio in Val de Grace, lo considera rapido, ed economico perchè risparmia all'ospedale una permanenza di sei giorni per malato.

Con gli stessi risultati il benzoato di benzile venne adoperato da Mauvais (*Sté de Médecine Militaire française*, febbraio 1936), da Gougerot, Creenwood, Relly, Grassi, Sprecher (*Minerva Medica*, ottobre 1936).

Esperienze personali.

Nella Clinica Dermosifilopatica durante il decorso anno scolastico furono sottoposti a tale metodo di cura 31 malati di cui otto degenti in clinica e 23 presentatisi all'ambulatorio. Venne adoperato il linimento in uso presso l'Istituto Finzel di Copenhagen che presenta la seguente composizione: Benzoato di Benzile gr. 50; Linimento di sapone molle gr. 65; Alcool a 90 % gr. 30; Acqua distillata gr. 5.

Il linimento si prepara con: Sapone molle verde gr. 8; Canfora gr. 4; Olio di rosmarino gr. 1,50; Acqua distillata gr. 17; Alcool q. b. per fare 100.

La dose suddetta è sufficiente per la cura di un adulto.

La lozione va agitata di frequente durante l'uso, poichè i vari componenti tendono a separarsi tra di loro ed in tal caso c'è la possibilità di pennellare prima l'alcool che provoca viva sensazione di bruciore, e poi la soluzione saponosa.

Per i ricoverati in corsia venne adoperato del linimento dalla Casa Merck, per i trattati ambulatoriamente il linimento era fornito da una farmacia con la quale erano stati presi accordi in precedenza circa la preparazione del linimento di sapone molle.

Il metodo eseguito è stato quello classico descritto da Kissmeyer:

1) Bagno caldo di 10'.

2) Applicazione e frizione del linimento per 5' mediante pennello, essendo ancora il paziente bagnato, con particolare riguardo ai genitali, alle mani e ai piedi.

3) Lasciare asciugare per qualche minuto.

4) Ripetere la pennellatura alla stessa maniera.

5) Lasciare asciugare e quindi indossare gli indumenti di prima della cura.

6) Dopo 24 ore altro bagno e cambio della biancheria personale e del letto.

I curati ambulatoriamente venivano edotti sulle modalità di applicazione e si facevano ritornare in ambulatorio il giorno seguente e se possibile successivamente.

Ecco i casi trattati:

1) R. Gino (anni 30). Scabbia da un mese, cunicoli ben visibili. *Non rivisto.*

2) R. Rodolfo (anni 49). Scabbia da 45 giorni, circa: cunicoli, lesioni da grattamento. *Guarito.*

3) G. Gaetano (anni 26). Scabbia da circa due mesi, piodermite. Migliorato con i fatti secondari. *Non guarito.*

4) D. R. Antonio (anni 23). Scabbia da 3 mesi già trattata con pomata di Helmerich. *Non rivisto.*

5) S. Rodolfo (anni 30). Scabbia da due mesi. vescicoli e cunicoli. *Guarito.*

6) G. Mario (anni 49). Scabbia da circa 20 giorni, cunicoli ben visibili, vescicale. *Non rivisto.*

7) P. Pietro (anni 20). Scabbia da un mese, cunicoli da grattamento, impetigine. *Non guarito.*

8) P. Dina (anni 17). Scabbia da circa due mesi, cunicoli, lesioni da grattamento. *Non guarita.*

9) M. Ada (anni 35). Scabbia da tre settimane, cunicoli ben visibili. *Guarita.*

10) M. Armando (anni 32). Scabbia da un mese, cunicoli. *Non rivisto.*

11) S. Adalgiso (anni 47). Scabbia da due mesi circa, numerosi cunicoli ed impetigine. *Non guarito.*

12) N. (anni 18). Scabbia da un mese, cunicoli e vescicole. *Guarito.*

13) V. Silvana (anni 14). Scabbia da una settimana, cunicoli ben visibili. *Non guarita.*

14) A. Gino (anni 35). Scabbia da un mese, cunicoli scarsi. *Guarito.*

15) B. Vincenzo (anni 18). Scabbia da un mese, cunicoli. *Non rivisto.*

16) F. Cataldo (anni 18). Scabbia da un mese, cunicoli. *Non guarito.*

17) D. D. Giovanni (anni 35). Scabbia da 20 giorni. *Non rivisto.*

18) M. Maria (anni 21). Scabbia da tre mesi, cunicoli. *Non guarita.*

19) M. Giulia (anni 29). Scabbia da tre mesi, cunicoli. *Non guarita.*

20) D. L. Angiolino (anni 35). Scabbia da un mese, cunicoli. *Guarito.*

21) R. Giulio (anni 15). Scabbia da 40 giorni, cunicoli. *Guarito.*

22) R. Francesco (anni 34). Scabbia da due mesi, piodermite. *Non guarito.*

23) C. Vladimiro (anni 15). Scabbia da due mesi, cunicoli. *Guarito.*

24) R. Francesco (anni 33), ricoverato. Scabbia da 40 giorni, cunicoli, lesioni da grattamento. *Non guarito.*

25) M. Luigi (anni 30), ricoverato. Scabbia da 3-4 mesi, lesioni da grattamento, non cunicoli tipici. *Guarito.*

26) D. F. Carlo (anni 24), ricoverato. Scabbia da 1 mese, cunicoli, grattamento, vescicale. Eseguita nuova appplicazione dopo due giorni per la persistenza del prurito. *Guarito.*

27) P. Lodovico (anni 36), ricoverato. Scabbia da due mesi, cunicoli, lesioni da grattamento, vescicole, piodermite. L'applicazione del linimento non aggrava la nefrite da cui è affetto. *Guarito.*

28) P. Giovanna (anni 15), ricoverata. Scabbia da un mese, cunicoli, lesioni da grattamento, piodermite. *Non guarita*

29) R. Antonietta (anni 5), ricoverata. Scabbia da un mese, cunicoli, lesioni da grattamento, piodermite. *Non guarita.*

30) C. Assunta (anni 3), ricoverata. Scabbia da due mesi, cunicoli. *Non guarita.*

31) V. Luigia (anni 40), ricoverata. Scabbia da 3 mesi, cunicoli. *Non guarita.*

Riepilogando:

Su 31 casi trattati sei non furono potuti seguire perchè non si presentarono più alla nostra osservazione, 11 guarirono e 145, per quanto in non molti si fosse ottenuto una notevole diminuzione del prurito, non guarirono.

Durante il trattamento, il prurito si è visto scomparire in 24-48 ore, nei casi non guariti esso si è ripresentato gradualmente dopo la sospensione del medicamento, insieme a lesioni più o meno tipiche.

Mai sono stati osservati fatti irritativi della cute o disturbi d'altro genere; un malato con nefrite acuta non risentì alcun danno dal trattamento. Tanto nelle donne che nei bambini a pelle delicata il medicamento fu ben tollerato.

Dobbiamo riconoscere, infine, che considerato in rapporto alle altre medicazioni antiscabbiose, il benzoato di benzile si mostra molto meno imbrattante e di cattivo odore; il suo costo però è molto superiore a quello delle comuni pomate solforose.

Considerazioni e conclusioni

Il metodo della cura della scabbia col benzoato di benzile, è stato esperimentato nella Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma, su 31 casi di scabbia semplice e complicata. Il metodo, che ha dei pregi indiscutibili (assoluta innocuità, pulizia, assenza di fatti irritativi, pronta scomparsa del prurito) in rapporto alle comuni pomate antiscabbiose, presenta alcune difficoltà di esecuzione le quali pur potendosi verificare con i metodi solforati, ne diminuiscono sensibilmente i pregi stessi. Infatti essendo praticato in una sola seduta, nella sua estrema semplicità di tecnica si espone a facili manchevolezze ed errori di esecuzione dovuti alla non conoscenza da parte del malato delle sedi particolari e delle lesioni caratteristiche della malattia stessa.

Ciò si verifica non solo quando la esecuzione del metodo viene praticata dai famigliari e dai pazienti stessi, ma anche se eseguita dagli infermieri, poichè anche questi, o per scarsa scrupolosità o per incompetenza, finiscono col cadere, almeno in alcuni casi, nelle stesse deficienze cui va incontro il malato.

È vero che tali deficienze possono ripetersi anche con le pomate solforose in genere (mi riferisco a queste perchè più comunemente usate) però è meno facile che lesioni scabbiose sfuggano all'azione medicamentosa dello zolfo, essendo l'applicazione ripetuta per più giorni.

Inoltre tali pomate danno risultati più costanti perchè per la lunga permanenza sulle lesioni, provocano il distacco delle squame, ed esercitando un'azione di contatto più profonda, permettono una maggiore penetrazione delle sostanze medicamentose in esse incorporate.

Col Benzoato di Benzile, invece, pur volendo ammettere un'azione parassitaria superiore, non è infrequente che alcune lesioni, non ben scoperte dalla frizione e dal precedente bagno saponato, sfuggono all'azione del medicamento stesso, e che, perdurando l'azione del medicamento solo 24 ore, qualche parassita sfugga all'azione del Benzoato di Benzile, e che quindi, dopo un certo tempo possano ricomparire i segni della scabbia.

Senza considerare poi che il medicamento essendo molto costoso, viene ad essere di limitato uso, proprio nelle classi meno abbienti che son quelle che dànno il maggior numero di scabbiosi.

Per ovviare a tali inconvenienti e perchè il metodo al benzoato di benzile possa dare risultati costantemente buoni occorrerebbe che l'applicazione del farmaco venisse eseguita in ambulatori particolarmente attrezzati (bagni, mezzi di disinfestazione, ecc.) da personale infermiere edotto nel metodo e che venissero inoltre presi dei provvedimenti intesi a fornire il medicamento a più basso costo.

Concludendo dobbiamo ritenere che il benzoato di benzile sia veramente un ottimo parassicida, però applicato secondo la tecnica suggerita da Kissmeyer; in ambulatori, non convenientemente attrezzati o dai pazienti stessi, molto frequentemente non raggiunge lo scopo desiderato.

Pur avendo grandi pregi sugli altri medicamenti antiscabbiosi, spesso in pratica fallisce a causa di una tecnica non sempre esattamente eseguita, e per la breve permanenza del medicamento stesso sulle lesioni scabbiose.

RIASSUNTO.

È stato sperimentato nella R. Clinica Dermosifilopatica di Roma il metodo Danese di cura della scabbia umana, o al benzoato di benzile, con risultati molto inferiori a quelli ottenuti da altri autori, specialmente stranieri.

Se ne vagliano le cause e si ritiene che il metodo, che pur presenta degli indiscutibili pregi, potrebbe essere assolutamente efficace, se fosse eseguito da personale in esso specializzato, ed in locali particolarmente attrezzati.

BIBLIOGRAFIA.

1) CLEMENT-SIMON-BRALEZ & DEMOLY. *Essai de traitement de la gale par des préparations des sulfures organiques inodores et de benzoate de benzyle.* Bull. Sté. Dermatol. & Syph., 10 mai 1928.
2) GOLDMANN LEON M. D. CINCINNATI. *Treatment of Scabies with Benzyl Benzoate.* Arch. of Derm. & Syph., vol. 36, 1937.
3) GRASSI. *Sulle moderne cure della scabbia* Boll. delle Sezioni reg. n. 3, dicembre 1937.
4) L. JANE & MAUVAIS *Le traitement de la gale par le benzoate de benzyle.* Sté. de Médecine Militaire française, fev. 1936.
5) JANSON. Bull. de la Sté française de dermatologie & syphil., n. 5 du 14 mai 1936.
6) KISSMEYER A. *Traitement de la gale au benzoate de benzyle.* Bull. de la Sté française de dermatologie & Syphil., n. 5, mai 1936, du 14 mai 1936.
7) ID. *Le traitement de la gale par le benzoate de benzyle.* Le bulletin Médical, n. du 23 novembre 1935.
8) ID. *Le traitement ambulatoire rapide de la gale par une lotione au benzoate de benzyle.* The Lancet, n. 5914, 2 janvier 1937, p. 21; La Presse Médicale, n. 28, du 7 avril 1937.
9) A. RAVINA. *Traitement de la gale par le benzoate de benzyle.* Presse Médicale, n. 13, 12 févrièr 1936.
10) ROUSSET. Progrès Médical, 16 ottobre 1937.
11) SPRECHER. *La cura della scabbia.* Minerva Medica, 6 ottobre 1936.
12) VELLIN. *Contribution à l'étude du traitment de la gale par le benzoate de benzyle.* Presse Médicale, 9 ott. 1933.

*

OSSERVAZIONI CLINICHE

Voluminosa ernia della parete anteriore dell'addome, con aderenze totali endosacculari, contenente intero, il sigma colico. Guarigione.

Dott. SILVESTRO BILE

già Direttore Incaricato di Anatomia chirurgica e Corso d'Operazioni nella R. Università di Napoli, libero docente di Anatomia Chirurgica.

Le ernie del grosso intestino non sono frequentissime, e quando si manifestano il più delle volte sono voluminose e irriducibili. La percentuale secondo Hartmann è del 6 % nell'adulto e del 3 % nel bambino secondo il giudizio di Broca.

Si è creduto per molti anni che dette ernie fossero completamente sprovviste di sacco, ma le monografie di Lardennois e di Okinczyc avrebbero dimostrato che il sacco esiste sempre. costituito dal peritoneo parietale libero o aderente, ma sempre continuo in tutta la estensione delle sue parti.

Secondo questi autori le cosidette « aderenze carnose » che il nostro grande Scarpa illustrò e descrisse magistralmente nel suo pregevole volume sulle ernie, non sarebbe in realtà che una specie di fascia di accollamento, la quale si produrrebbe all'interno del sacco invece di costituirsi nell'addome; e che tale formazione aderenziale sarebbe sempre secondaria alla produzione dell'ernia.

Vi sarebbero, secondo l'opinione di detti autori, anche delle ernie dell'intestino grosso completamente libero, come ve ne possano essere di quelle parzialmente fisse per la semicirconferenza posteriore e di quelle, infine, totalmente aderenti, a causa di reazioni infiammatorie della semicirconferenza anteriore.

Comunque; molti autori ammettono che i vasi nutritizii dell'ansa erniata decorrono nel loro meso accollato, e si possano risparmiare se si ha l'accorgimento di isolarli, precedentemente, nella preparazione da fuori in dentro, con manovre delicate e giudiziose.

Se invece si opera con eccessiva disinvoltura, si può andare incontro alle lesioni di detti vasi sanguigni, con danni irreparabili per l'intestino.

Essendomi capitato di osservare e di operare felicemente nella mia clinica privata in Istonio, un caso non tanto frequente (e per il volume, e per le totali aderenze endosacculari), di ernia del grosso intestino ne riferi-

sco qui appresso la storia clinica e il reperto operatorio che non è privo d'interesse.

STORIA CLINICA. — A.M.D.E. di Fresagrandinaria (Chieti). Contadino, di anni 65, aspetto pletorico, congiuntive fortemente iniettate, modico fumatore, secondo tono rinforzato. Asma presente con tosse secca e stizzosa. Mi si riferisce che da qualche anno, ebbe a notare in corrispondenza del quadrante inferiore sinistro dell'addome, una tumefazione rotondeggiante della grandezza, dapprima di una modica arancia e che poi giunse al volume imponente che vedasi nella prima figura. Dapprincipio detta tumefazione si riduceva nella posizione supina; gradatamente ciò divenne impossibile, causando non pochi dolori e fastidii al suo portatore. In seguito la grossa ernia per il peso, si ripiegò oltre l'inguine mascherando quasi completamente l'asta e il te-

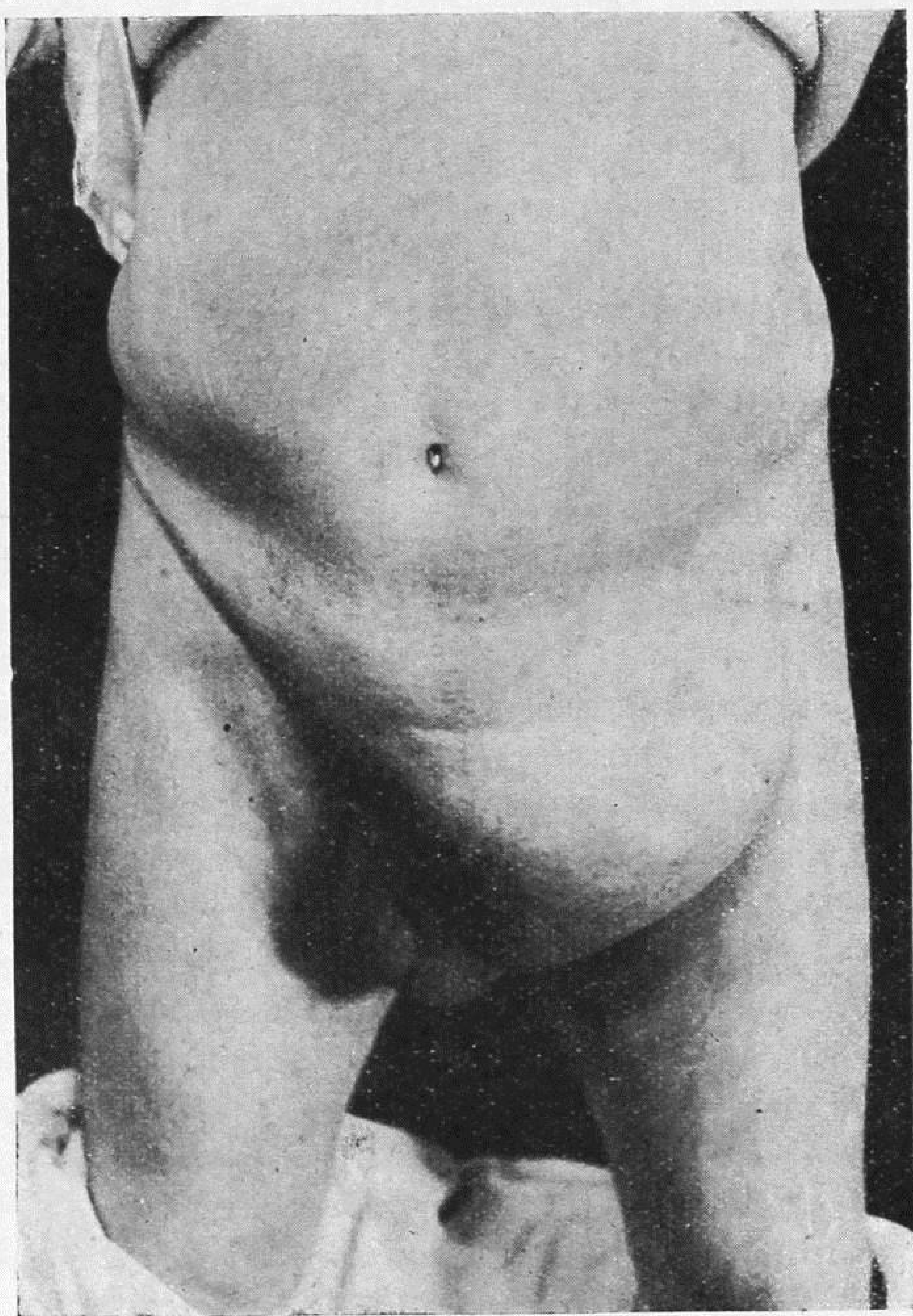


FIG. 1.

sticolo corrispondente. Una noiosa affezione intertriginoide si venne producendo nel solco di ripiegatura, aumentando il fastidio dell'ammalato, da deciderlo ad un intervento radicale, per quanto alcuni chirurgi, consultati precedentemente, non fossero entusiasti dell'intervento e, per il soggetto pletorico, asmatico, e per il volume considerevole dell'ernia in atto. L'infermo, all'insaputa dei suoi famigliari stando in clinica, redasse il suo testamento alla presenza del notaio D'Ugo.

ATTO OPERATIVO. — Dopo analisi della urina, che fece risultare 0,70, di acido urico, e dopo una sierodiagnosi di Wassermann che, dette risultato negativo, si decise per l'intervento chirurgico, che venne da me praticato il 19 maggio 1938-XVI, assistito dal mio aiuto dott. Peluzzo.

In anestesia rachidea (spazio interspinoso fra la 8ª e la 9ª vertebra dorsale), previa iniezione di caffeina (0,25), si traccia un lungo taglio leggermente curvilineo, che, iniziato in corrispondenza della spina iliaca anterior superiore di sinistra, termina al di là della linea alba, passando per il solco soprapubico. S'incidono i tegumenti lungo il vertice della grossa tumefazione e si pinzettano i pochi vasi che sanguinano. S'inizia a questo momento un lungo e travagliato lavoro di isolamento che viene espletato a mezzo dell'indice, montato di garza. Si scapola gradatamente all'ingiro la tumefazione erniaria giungendo gradatamente verso la porta, la quale è situata due dita al di sopra del tragitto inguinale, in piena parete laterale dell'addome. In tale manovra s'interrompono più di 5 fascie perierniarie che si adattano intorno alla massa erniaria a guisa di una esatta amaca. Alcune di queste si lacerano facilmente, altre richiedono l'uso del bistorì, per la loro resistenza.

I vasi epigastrici profondi che circondano dalla profondità alla superficie il tumore erniario, con una larga curva, vengono previa doppia forcipressura, sezionati e allacciati.

Finalmente s'intravvede il colorito grigio roseo del sacco e si cerca di isolarlo dai tessuti vicini. Detta protrusione è completamente vuota di contenuto. Si affidano i due margini di esse a due Klemmer, e si continua nel lavoro di lisi e di ricerca, per poter individuare il vero involucro peritoneale. Una seconda formazione raffigurante un sacco, viene preparata e aperta: anche questo secondo è vuoto. In dette manovre di isolamento vengono preparati due grossi lipomi preerniari, che sporgono al di sotto della massa erniaria. Non rimane che aprire l'ultimo straterello sottile, quasi come velo, che lascia trasparire masse di epiploon. Infatti apertolo, con prudenza, per la larghezza di pochi cm. appare l'emento di colorito biancastro, duro, compatto in preda a epiploite sclerotica. Sto per allargare la breccia del sottile sacco, quando l'aiuto mi avverte fulmineamente che addossato allo interno della metà laterale del sacco si è presentato il sigma colico ridottissimo di volume e che io stavo per sezionare assieme al sottile sacco che lo riveste, perchè nascosto alla mia visione.

Il colon pelvico, dopo ampliata verso l'interno l'apertura del sacco è completamente aderente alla porzione laterale e posteriore dell'invulcro peritoneale.

Misura circa trenta cm. L'epiploon sclerotico, scivolatogli sopra, presenta con esso numerose e tenaci aderenze ed è contenuto nel grosso sacco per circa 800 grammi.

Assicuratomi non senza disappunto di tali numerose aderenze, cerco di trovare un piano di scollamento in pieno cavo addominale, allargando la breccia operatoria, dirigendo le mie manovre verso il seno laterale, facendo uso della punta del bistori, con estrema delicatezza per non ferire l'intestino e i suoi vasi.

S'inizia così un altro lungo e penoso lavoro di sdoppiamento, che permette finalmente, procedendo a tappe, l'isolamento dell'ansa colica dall'esterno verso l'interno, assieme al suo corto *meso* in cui decorrono i vasi colici.

Un abbondante gemizio di sangue, durante tali manovre richiede continuamente un emostasi che ottengo con leggera compressione alla garza, ma che porta via ancora del tempo.

Finalmente ottenuta la completa mobilità dei sigma colico, procedo alla resezione di tutto il tratto di epiploon ammalato, impiegando ligature iso-

late, per trasfissione. Adoperando una placca vaginale che viene applicata verso l'angolo supero laterale del largo colletto si ottiene una buona visione della fossa iliaca sinistra, e fisso con pochi punti staccati al lino, il colon pelvico, quanto più è possibile in alto, lontano dalla *porta* erniaria. Si torna infine a preparare nel modo più che mi è possibile, il tragitto scavato dall'ernia, isolando accuratamente i vari piani muscolo aponevrotici. Ciò fatto, si sutura il peritoneo, asportandone il di più.

Si ricostruiscono isolatamente i piani muscolari e quello aponevrotico del grande obliquo: avendo cura di ribattere su questo la pagina anteriore del la guaina del retto, in modo di rendere più solida la chiusura della *porta* erniaria.

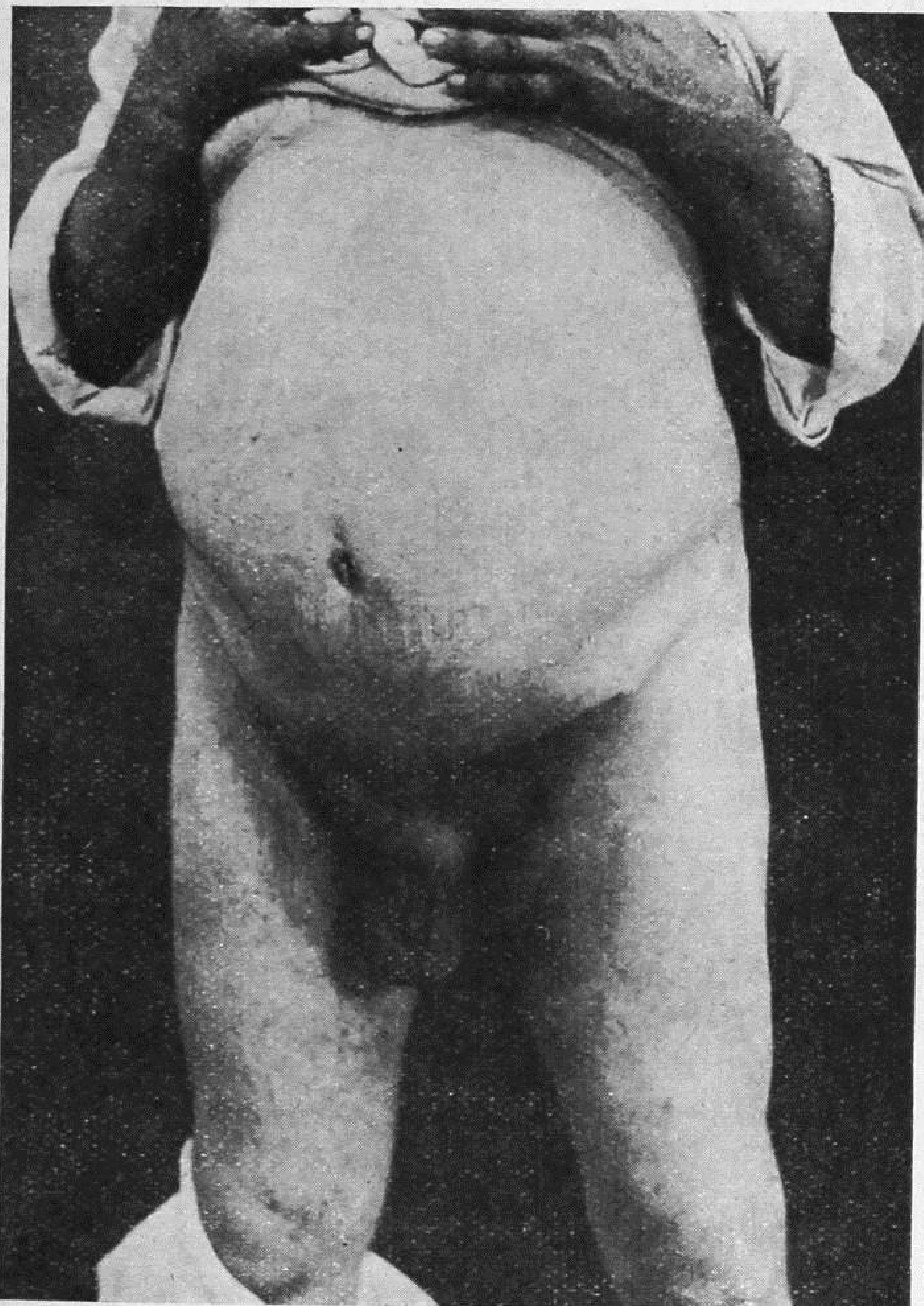


FIG. 2.

Si riunisce la tela sottocutanea, lasciando in essa un sottile drenaggio di garza. Applicazione di ciappe metalliche alla ferita cutanea. L'operazione, complessivamente, è durata, circa due ore ed è stata sopportata dall'infermo alquanto bene se si eccettuano brevi lipotimie le quali richiedono qualche iniezione di canfora e che rimettono subito il paziente. In 23ª giornata l'operato lascia la clinica in perfetto benessere e con valida cicatrice estetica. (Vedi figura 2).

CONSIDERAZIONI.

Il caso da me descritto, non è certo un caso frequente. In esso, il colon pelvico, primitivamente mobilissimo, era scivolato col suo lungo meso, lungo il peritoneo parietale e per diminuita resistenza della compagine anatomica della parete anterolaterale dell'addome, aveva spinto verso la superficie, attraverso una via anormale, il peritoneo parietale anteriore. In poco tempo, la tumefazione erniaria era venuta sempre aumentando e, tra l'intestino e la parete interna del sacco si era venuta formando quella tale fascia *di accollamento* da rendere l'ernia irriducibile e incontenibile. L'epiploon dapprincipio aveva seguito la discesa del viscere e poi, per le aderenze patologiche venutesi a formare lungo il semicontorno anteriore dell'intestino era rimasto bloccato al di fuori della parte erniata, causando quei non lievi disturbi che poi costrinsero il paziente a sottoporsi all'operazione. Per ciò che riguarda la tecnica, tengo a riferire con tutta verità e sincerità che essa è delicatissima e se non ci si comporta secondo dati precisi e sicuri difficilmente si può portarla a termine con successo.

Ottimo comportamento è quello di procedere sempre ad una larga *ernio laparotomia*, la quale permetterà di dominare il cavo e agevolerà la manovra di lisi endosacculare; specialmente lungo il contorno posteriore dell'intestino, pericoloso per la presenza dei vasi nutritizii.

È doveroso, allorquando si prepara la fascia di coalescenza (viscero sacculare) (Lardennois, ecc.) di cominciare la lisi al bistorì dal lato esterno del sacco, o addirittura in cavità, previa applicazione della mano sinistra al di sotto della massa erniata per controllare le manovre, mentre l'assistente attira medialmente il colon, man mano che viene liberato dalla aderenza endosacculare.

Luglio, 1938-XVI.

RIASSUNTO.

L'autore descrive un raro caso di ernia permagna dell'intestino grosso, aderente quasi completamente al sacco e espone alcune norme per la buona riuscita dell'intervento.

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

Note sull'epidemiologia e parassitologia della malaria.

(A. SOEIRO e A. REBELO. *South Afric. Medic. Journ.*, 26 novembre 1938).

Per lo studio della diffusione dei plasmodi in Lorenzo Marques furono esaminati strisci di sangue di 6451 individui (europei, meticci e indigeni). I prelevamenti degli strisci furono fatti nella stagione secca. Furono trovati infetti il 5,71 % degli europei, il 17,98 % degli indigeni e il 35,49 % dei meticci. Per quel che riguarda la specie dei plasmodi negli europei il 98,96 % degli infetti presentava p. falciparum, 1,03 % il p. malariae e nessuno il p. vivax; gli indigeni avevano 95,20 % colpiti da p. falciparum, 8,29 % da p. malariae e 3,14 % da p. vivax. I meticci presentavano 10 % p. falciparum; 0,39 % p. malariae e nessuno p. vivax.

Come si spiega la scarsità di infezione da p. malariae negli europei? Qualcuno ha cercato di spiegarla colla presenza di diverso tipo di anofele; ma la dimostrazione sicura è mancata. Secondo Knowles e Senior White il p. malariae è il più vecchio tipo di parassita e quindi tende a scomparire. Missiroli e Corradetti hanno avanzato l'ipotesi che il p. malariae sia un ibrido fra il vivax e il falciparum.

Comunque sia, gli AA. hanno osservato che la chininizzazione in una zona fa scomparire più rapidamente il p. malariae e questo coinciderebbe coll'osservazione fatta dal Marchoux in Europa, secondo la quale la sparizione della quartana in Europa ha coinciso colla diffusione del chinino (la scomparsa della quartana è relativa, perchè sebbene molto rara, questa si vede ancora in Europa. *N. d. R.*).

Per quel che riguarda la diffusione per età, l'età più colpita fra gli indigeni è quella fra 2 e 5 anni. L'associazione di forme fu la seguente: 67 volte p. malaria e p. falciparum, 7 volte p. malariae e p. vivax, 2 volte p. falciparum e p. vivax, 11 volte tutti e tre i parassiti.

Il ciclo sporogonico del parassita malarico nell'uomo è molto ben conosciuto, mentre meno noto è quello schizogonico.

L'osservazione fatta dallo Schaudinn nel 1902 che gli sporozoiti inoculati penetrano rapidamente (40-60') nei globuli rossi non è stata confermata da osservatori successivi (e fra i più recenti il nostro Raffaele).

Yorke e Macfie e James osservarono che anche col chinino non si poteva impedire lo sviluppo della malaria sperimentalmente inoculata se la somministrazione di chinino si faceva nel periodo di incubazione. Questo fatto meravigliava anche perchè in disaccordo colle osservazioni di Schaudinn. È lecito quindi domandarsi che cosa succede al parassita nel periodo che segue l'inoculazione degli sporozoiti da parte dell'anofele fino a quando compaiono i trofozoiti nelle emazie. Già Grassi nel 1900 aveva emesso l'ipotesi che ci fosse un ciclo evolutivo preliminare dello sporozoito. Nel 1931 James emise l'ipotesi che gli sporozoiti fossero trasportati negli organi interni, dove penetrerebbero nelle cellule reticolo-endoteliali, dove probabilmente hanno ciclo evolutivo da cui risulta la formazione di merozoiti capaci di penetrare nelle emazie.

Osservazioni sulla malaria umana erano in accordo con quest'ipotesi, perchè il sangue di soggetto inoculato per due o tre giorni dopo l'inoculazione è, secondo James, incapace di infettare (fase negativa). Lo stesso fu osservato nella malaria degli uccelli, nei quali fu notato da W. Kikuth e Lilly Mudrow che nella fase negativa la malaria può essere trasmessa con inoculazione di piccole porzioni di organi interni (cervello, milza, fegato).

Vari autori dimostrarono l'esistenza di plasmodi aviari nel citoplasma di cellule reticolo-endoteliali. Raffaele ha ammesso l'esistenza di due cicli evolutivi nell'ospite vertebrato: uno nelle cellule del sistema reticolo endoteliale (questo è anche detto ciclo monogonico primario, ciclo eso-eritrocitico, ciclo di Raffaele) e uno nelle emazie (ciclo secondario o eritrocitico).

Marchiafava e Bignami avevano già veduto cellule endoteliali circolanti in casi di malaria grave, ma non avevano mai trovato questi elementi parassitati. Nel 1937 Raffaele vide nello striscio di midollo osseo di uomo sperimentalmente infettato uno schizonte e due trofozoiti nelle cellule reticolo-endoteliali che avevano i caratteri di pigmentazione (come negli uccelli infettati) e ciò avveniva al 5° giorno dall'inoculazione.

Queste osservazioni, sebbene siano appena all'inizio, illuminano sulle cause di alcuni insuccessi terapeutici e profilattici. Bisogna quindi trovare un medicamento che distrugga il parassita nel suo ciclo nelle cellule del reticolo-endotelio.

A volte si incontrano difficoltà a identificare il tipo di parassita: una forma crescente di p. falciparum si può confondere con una adulta di p. malariae, una forma ad anello non è facilmente classificabile, come pure è difficile differenziare una forma semiadulta di p. malariae da una adulta di falciparum (nel caso che quest'ultima compaia nel sangue circolante). L'introduzione di due nuove forme, il p. ovale e il p. tenue complica ancora di più la diagnosi: il primo somiglia al vivax e il secondo al falciparum.

Il metodo della goccia spessa è utile se si vuole conoscere solo l'indice parassitario o se ci si contenta di una diagnosi generica di infezione malarica. Per la diagnosi precisa della specie di parassita la goccia spessa non è utile.

Certamente la virulenza di una data specie

di parassiti malarici varia secondo la sua distribuzione geografica: il vivax appare più virulento nel Madagascar che non in Olanda e il p. falciparum in Italia appare più resistente al chinino di quello indiano.

L'immunità acquisita per una data specie di parassita è specifica per quel ceppo e scompare se il soggetto emigra ed è infettato da plasmodi della stessa specie ma di un altro ceppo.

Sono state distinte varietà di specie: p. vivax var. minuta (Emin 1914), p. falciparum var. etiopica (Raffaele e Lega 1937) e sono probabilmente varietà le nuove specie descritte (p. tenue di Stephens, p. perniciosum di Ziemann, p. caucasicum di Marzinowski).

Il p. tenue è probabilmente una varietà del falciparum secondo alcuni, del vivax secondo altri, e secondo altri sarebbe un artificio di preparazione.

Il p. ovale è una specie distinta o una varietà o modificazione del vivax? anche questo problema non è nettamente risolto. *r. l.*

La cutireazione all'istidina nella colite amebica.

(A. BONSIGNORE. *Rivista Sanitaria Siciliana*, 15 novembre 1938).

Il Loeper ha consigliato l'intradermo-reazione all'istidina come prova dell'aumentata acidosi umorale generale e tissurale locale; l'acidosi favorisce la iperaminemia cioè la presenza di aminobasi nel sangue. Tale iperaminemia ha origine nell'abnorme riassorbimento da un intestino malato, nell'insufficienza epatica che determina la mancanza della funzione protettiva del fegato verso le ammine e nella eccessiva distruzione cellulare.

Dato che precedenti studi dell'A. avevano messo in evidenza negli amebiasici una costante acidità delle feci e delle urine, in questo lavoro l'A. ha voluto saggiare con la semplice intradermoreazione all'istidina, proposta dal Loeper, se nei colitici amebiasici cronici vi fossero condizioni di acidosi favorevoli all'insorgenza di iperaminemia, tanto più che egli vedeva presenti, nelle condizioni patologiche della amebiasi intestinale, alcuni di quei fattori che intervengono decisamente nel determinare l'iperaminemia e cioè: la colite cronica con reazione acida del contenuto e quindi iperaminemia d'origine intestinale; la frequentissima sofferenza del fegato e quindi iperaminemia da insufficienza epatica; il processo cronico intraparietale implicante una continua distruzione cellulare e quindi iperaminemia da citolisi.

I casi esplorati dall'A. sono in tutto 76: la prova è stata eseguita con l'iniezione intradermica di cc. 0,10 di soluzione al 10 % di istidina; questa provoca subito la formazione di una zona pallida, con aspetto di buccia di arancia, del diametro approssimativo di cm. 0,75. Nei casi da considerarsi di positività marcata si forma, dopo 1-2 minuti dall'iniezione, un ponfo rosso che può raggingere la grandezza di una moneta da venti lire e che dopo circa 3/4 d'ora comincia a regredire; sono da considerarsi casi di positività discreta quei pazienti in cui il rossore comincia dopo 5-6 minuti e inizia la regressione dopo 30-35 minuti e casi di positività leggera quelli in cui il rossore, pur cominciando dopo 5-6 minuti, è poco intenso e poco esteso.

I risultati ottenuti dall'A. gli permettono di concludere che effettivamente la reazione all'istidina è più frequentemente ed intensamente positiva nei colitici amebiasici che nei soggetti affetti da sindromi gastro-enteriche di altra natura. L'A. inoltre ha constatato che la terapia specifica dell'amebiasi riduce in altissima misura la sensibilità cutanea dei soggetti affetti di fronte agli aminoacidi, sensibilità che ricompare se il soggetto si cura male o trascura le cure stesse.

Tra i farmaci usati contro l'amebiasi quello che determina costantemente la negatività della prova all'istidina è l'idoclorossichinolina, mentre l'acido ossicetilaminofenilarsinico e l'emetina hanno lasciato persistere in alcuni casi una reattività discreta; dato che l'iodoclorossichinolina è fra i tre il farmaco che più direttamente agisce sull'elemento batterico, ciò fa pensare che l'iperaminemia e l'iperaministia degli amebiasici sia più una iperaminemia enterogena che una iperaminemia da insufficienza epatica o da citolisi. F. TOSTI.

Sintomatologia e cura della lambliasi.

(R. M. TECON. *Praxis*, 22 dicembre 1938).

Il genere Lamblia appartiene al gruppo dei flagellati: è molto diffuso nell'uomo e negli animali (gatto, sorcio, volpe, uccelli, ecc.) ma ciascun animale ha una varietà particolare che non sempre si localizza nel medesimo organo ed in genere non provoca i disturbi che suole dare la « lamblia intestinalis » nell'uomo. Il parassita fu visto per la prima volta da Lambl nel 1859 donde il suo nome (nei paesi anglo-sassoni è designato con il nome di Giardia). Nelle feci si trova sotto forma di cisti, mentre la forma adulta si trova più facilmente nel succo duodenale, dal quale anche scompare rapidamente in presenza di bile.

Si riscontra in tutti i paesi freddi, temperati, e caldi in proporzioni variabili secondo le varie statistiche (secondo alcuni nel 10 % degli uomini, secondo altri nel 50 %).

La contaminazione avviene a mezzo delle cisti, che sono innumerevoli nelle feci e resistentissime in ambiente appena umido: la loro disseminazione avviene probabilmente con la polvere, il terreno, l'acqua, con qualsiasi altro oggetto e anche direttamente specie nei ragazzi.

Talvolta il parassita non provoca alcun disturbo, ma generalmente produce manifestazioni morbose per azione meccanica e tossica diretta sul tubo digerente e specie sul duodeno e sul tenue, per intossicazione generale dell'organismo, per un'azione combinata con batteri diminuendo la resistenza organica locale e generale.

La sintomatologia è particolarmente cronica e consiste in disturbi generali e gastro-intestinali, ed in manifeseazioni a carico del fegato e sopratutto della cistifellea.

I disturbi generali sono: stanchezza, astenia fisica e psichica, dimagramento.

Le alterazioni sanguigne consistono in una anemia secondaria a tipo normocitario-ipocromico: l'eosinofilia manca.

I disturbi gastro-intestinali più frequenti sono la diarrea con coliche e feci molli raramente liquide. Le feci possono essere anche normali o a tipo di putrefazione e più raramente sanguinolenti.

Il dolore è localizzato alla metà destra dell'addome, come nella colite destra, e può simulare i dolori dell'appendicite, dell'ulcera, e specie della colecistite. Al riguardo è da rilevare che il parassita può localizzarsi eccezionalmente nella cistifellea, e nelle vie biliari. Ma nell'uomo la sede di predilezione è il duodeno e la parte superiore del digiuno.

La lambliasi si cura con lo stovarsolo o con l'atebrin. Dr.

Encefalite umana ed encefalomielite equina.

(C. M. Eklund e A. Blumstein, *Journ. Amer. Medic. Assoc.*, 5 novembre 1938).

Nel 1931 Meyer, Haring e Howitt identificarono un virus che provocò un'epizoozia di encefalomielite tra cavalli e muli a S. Joaquin Valley di California durante l'estate 1930. Successivamente si verificarono epizoozie del genere tanto negli Stati del West che in quelli dell'Est. Nel 1933 la malattia apparve nel Maryland, Delaware, Virginia e New Jersey, ed in questa occasione Ten Broeck e Merrill e Giltner e Shahan isolarono un ceppo orientale di virus dell'encefalomielite equino simile al ceppo occidentale ma con diverse reazioni serologiche. Anche la malattia aveva un carattere più acuto e fu sempre letale ed il rispettivo virus era molto più virulento per gli animali di laboratorio.

I virus dell'encefalomielite equina differiscono dal punto di vista immunologico da quelli della coriomeningite linfocitica, dell'encefalite tipo St. Louis, della malattia di Borna, della stomatite vescicolare e della poliomielite.

I dati epidemiologici e sperimentali fanno ritenere che l'infezione è trasmessa da insetti. Le zanzare infettate sperimentalmente trasmettono mediante puntura il virus agli animali di laboratorio ed ai cavalli. Il ceppo di virus occidentale può essere trasmesso dall'Aedes aegipti, A. sollecitans, A. nigromaculis, A. dorsalis, A. albopictus Skuze, A. vexans e A. taeniorhynchus e quello orientale dall'Aedes cantator e A. sollecitans. Ma finora non è stata trovata nessuna zanzara infetta nelle località dove si è verificata l'encefalomielite equina.

Meyer nel 1932 ammise la possibilità che la malattia si trasmetta all'uomo. Riportò tre casi di encefalite occorsi in individui che avevano avuto rapporti con cavalli affetti da encefalomielite. All'autopsia di uno morto nel luglio 1931 si riscontrarono lesioni del sistema nervoso centrale. analoghe e quelle dei cavalli. Il secondo malato, visitato nel settembre 1931, guarì: nel corso dell'affezione e della convalescenza il siero di sangue non neutralizzava il virus dell'encefalomielite equina. Il terzo caso riguardava un veterinario che contrasse l'affezione nel luglio 1932 che pure guarì: fu curato con siero di cavallo iperimmunizzato: i tentativi di isolare il virus dal sangue e dal liquido cefalo-rachidiano rimasero senza effetto.

Nell'estate 1934 e 1937 si verificarono nel Minnesota due gravi epizoozie di encefalomielite equina: su 737.000 cavalli ne ammalarono 41.159 e di questi morirono 9200. Il virus isolato era del tipo occidentale. Delle zanzare capaci di trasmettere sperimentalmente questo virus si trovarono in detta località l'A. vexans, l'A. nigromaculis e l'A. dorsalis.

Durante queste epizoozie, e precisamente nel settembre 1937, si verificarono sei casi di encefalite umana in individui che non avevano avuto contatti diretti con cavalli malati. L'affezione s'iniziò in tutti e sei i casi improvvisamente con cefalea, nausea, vomito, vertigini, sonnolenza e febbre. Due malati morirono in pochi giorni, in tre la fase acuta durò una settimana e nel sesto tre settimane.

L'autopsia fu praticata in un solo caso. L'esame microscopico del sistema nervoso centrale rivelò alterazioni della sostanza grigia del midollo spinale ed in minor grado del cervello.

Fu esaminato il siero di sangue di tre dei pazienti che guarirono per saggiarne la capacità a neutralizzare il virus dell'encefalomielite equina, ma solo in un caso si ebbe esito positivo.

Verso la fine di agosto ed il principio di settembre del 1938 si ebbero ancora casi di malattia con caratteri analoghi ai precedenti. Nessuno dei pazienti, i quali dimoravano in campagna o in piccole città, aveva avuto contatti con cavalli malati. Dr.

I concetti recenti sulla polmonite franca

(R. Levent, *Gazette des hôpitaux*, 28-31 dicembre 1938).

L'A. osserva come in molti paesi d'Europa le forme classiche della polmonite franca divengano rare, mentre restano frequenti in altri paesi; ciò ha suscitato nuove ipotesi e di-

scussioni di grande interesse intorno alla patologia generale.

Dopo aver esposto la teoria pasteuriana e quella di Widal che tendeva a togliere alla via aerea la sua parte principale nell'infezione, l'A. fa cenno delle nuove nozioni anatomocliniche e batteriologiche sulle quali si fonda la nuova patogenesi.

Dochez, Gillespie ed altri nel 1913 divisero il pneumococco — ritenuto prima unico — in molti tipi, riunendoli in 4 gruppi a secondo dei loro caratteri culturali e biologici. I gruppi I e II sembrano i più comuni agenti della polmonite. Il pneumococco agirebbe per mezzo dei veleni contenuti nella sua capsula e la pneumonite sarebbe sia intossicazione che infezione. Da qui la differenza delle lesioni pneumoniche dalle lesioni pneumococciche spontanee o sperimentali.

Secondo la nuova patogenesi la P. F., pur rimanendo un'infezione dovuta ad un pneumococco virulento penetrante per via aerea, risente delle modificazioni del terreno che danno la loro forma ai sintomi ed alle lesioni. Per lo meno al suo inizio la pneumonite è dovuta ad un processo di sensibilizzazione; una alterazione umorale precedente ha reso pericoloso un microbo abitualmente innocuo.

Secondo Lanche e Loeschte una lesione focale circoscritta sarebbe sempre accompagnata da adenopatia ilare; la lesione si estenderebbe progressivamente per divenire lobare solo dopo un certo tempo. In questo cammino concentrico le lesioni iniziali sono centrali, le recenti periferiche. Solo specifiche sarebbero le zone d'invasione. Gli essudati, tuttavia, sono un mezzo di elezione per la pullulazione del pneumococco e gli permettono di agire in seguito come un germe piogeno, solo o associato ad altri germi. L'epatizzazione grigia non sarebbe più una fase necessaria dell'evoluzione, ma solamente l'effetto d'una infezione secondaria, e, se essa rimane circoscritta, non ha necessariamente il carattere grave datogli dai classici.

Le forme brevi sarebbero quelle in cui tutto si limita ai fenomeni anafilattici iniziali; le altre sarebbero le forme complicate: sia forme anafilattiche, per immunizzazione incompleta dell'organismo in cui la sensibilità persistente permette il formarsi di nuovi focolai; sia forme infettive, fra le quali la polmonite classica, per infezione secondaria.

L'A. conclude affermando che, malgrado le incertezze, questa nuova patogenesi porterà forse una soluzione di problemi ancora pendenti, e che sarà possibile trovarsi le basi per un trattamento più efficace del trattamento classico.

S. F.

Clinica, profilassi e terapia della pertosse.

(K. DIETL. *Wiener klin. Wochens.*, 2 dicembre 1938).

È noto che l'inizio della pertosse non è affatto caratteristico, mancando i tipici accessi; nei primi 8-14 giorni, il paziente non ha che della tosse, senza urlo, nè vomito, sicchè la diagnosi è impossibile. Soltanto la circostanza che esso tossisce principalmente di notte fa sorgere il sospetto che si tratti di pertosse. Durante il periodo degli accessi, si hanno anche dei sintomi, che spesso vengono trascurati: così l'ulcerazione al frenulo linguale, l'edema del viso, le emorragie sottocongiuntivali. Questi sono tanto più importanti nei poppanti, in cui spesso mancano gli accessi tipici; tali bambini tossiscono, anche intensamente, ma non a tipo di pertosse; si hanno cianosi, convulsioni ed incoscienza, ma non il tipico *tirage*.

Se, come avviene per la maggior parte dei casi, la malattia decorre senza complicazioni, l'esame clinico locale dà generalmente risultati scarsi e fugaci, anche se in seguito agli accessi tormentosi ed al vomito viene turbato non soltanto il benessere, ma anche la crescita. Talora invece possono trovarsi i segni di un enfisema, con abbassamento del margine inferiore e rimpicciolimento dell'aia cardiaca ed una bronchite ai lobi inferiori. L'esame radiologico è più dimostrativo che quello clinico: la pertosse determina un'infiammazione del tessuto interstiziale polmonare, che incomincia all'ilo e decorre lungo i vasi e le vie linfatiche, sicchè si ha un quadro radiologico tipico. Nello stadio convulsivo e non soltanto nei casi gravi, ma anche nel 40 % di quelli lievi, si ha un ingrossamento simmetrico delle ombre ilàri, con cordoni che arrivano fino all'angolo cardio-diaframmatico; ombre a cordone si osservano anche nei campi inferiori, dove formano il così detto triangolo basale. Questo occupa l'angolo cardio-epatico ed è spesso difficilmente differenziabile dal margine destro del cuore. Quadro simile a quello della polmonite paravertebrale, specialmente nel poppante, in cui però le ombre sono più decise. Spesso i contorni dell'ombra cardiaca sono scomparsi e si osservano delle gettate o delle strisce, che indicano dei piccoli versamenti interlobari.

LA PROFILASSI.

È indubbiamente importante nel poppante e nel piccolo bambino, che sono molto minacciati da possibili complicazioni, specialmente la bronco-polmonite. Per attuare la profilassi da disposizione, abbiamo i vaccini, fra cui l'A. dà la preferenza a quello di Petein, preparato con 60 stipiti del bacillo di Bordet-Gengou; lo si inietta a distanza di 1-2 giorni, a dosi crescenti di cmc. 0,25, 0,5, 0,75 ed 1, corrispondenti rispettivamente a 5, 10, 15, 20 miliardi di germi. Le iniezioni vanno fatte profonde; talvolta esse determinano un po' di dolore e leggeri gonfiori, sicchè è meglio lasciare il bambino in letto dopo l'iniezione. Nei poppanti, si incomincierà con cmc. 0.1 per arrivare a 0,5. Vi sono molti preparati di vaccini; però riesce assai di raro con essi di provocare un'immunità completa, il che non

toglie che in molti casi si renda con essi il decorso più lieve e più benigno, ciò che è già un vantaggio.

L'isolamento del bambino con pertosse, che porterebbe alla « profilassi di esposizione » può farsi assai raramente in modo efficace, perchè tale malattia è proprio più contagiosa nel periodo in cui non è ancora riconoscibile, mentre la contagiosità cessa dopo 5-6 settimane dall'inizio, anche se il bambino continua a tossire. Comunque, è bene tenere separati i bambini più minacciati (come i poppanti ed i rachitici) da quelli che tossiscono, anche se la diagnosi di pertosse non è ancora stata fatta.

La terapia.

Uno dei punti più importanti è l'esposizione all'aria libera; anche questa, però, ha le sue limitazioni, in quanto che il vento e la polvere provocano spesso gli accessi, per cui il bambino va tenuto in un posto riparato. È bene anche che egli eviti l'eccessivo movimento. Quando è possibile, lo si lasci su una terrazza riparata, eventualmente anche di notte, ciò che può essere agevole nelle campagne. Ma non lo è altrettanto nelle città, dove per far godere l'aria libera si portano i bambini nei giardini, dove costituiscono una sorgente d'infezione per gli altri. L'A. preconizza di istituire, alla periferia delle grandi città, dei ricoveri per i bambini con pertosse, i quali vi dovrebbero rimanere per tutta la giornata, raggiungendo così il duplice scopo di tenerli all'aria libera e separati dagli altri. Sul trattamento della pertosse portando il bambino a grandi altezze con l'aeroplano, non si hanno ancora dati sicurissimi; ad ogni modo, si tratta di una terapia evidentemente limitata a pochissimi casi.

Fra i medicamenti (che in genere hanno un'azione assai limitata), l'A. elenca come buoni i preparati a base di timo, che si possono dare per bocca o per applicazioni cutanee, in forma di balsamo. Anche il chinino è un mezzo abbastanza apprezzato; lo si prescrive in forma di cloridrato, giornalmente tanti cg. quanti mesi ha il poppante, oppure tanti decigrammi quanti anni ha il bambino, non oltrepassando però la dose di 50 cg. Il cloridrato di chinino, per il suo sapore amaro, viene somministrato in suppositori oppure si possono dare dei preparati insapori, come il tannato o l'euchinina, a dose doppia o tripla.

Nei forti accessi con vomito, sono consigliabili gli spasmolitici ed i calmanti: atropina in soluzione ad 1/1000, eppure l'estratto di belladonna (Estr. bell. cg. 5; Acqua di mandorle amare g. 10; 3 volte al giorno quanti anni ha il bambino). Utile è anche la papaverina (cg. 20-30 in 100 di acqua, un cucchiaino ogni 2 ore), spesso molto utile contro il vomito. Per questo si usa anche il Bromuro di sodio, 5 in 150, 3-4 cucchiaini nella giornata. Nei forti accessi e nell'eclampsia, si darà il luminal. Fra le specialità contro la tosse, l'A. cita il cardiazol-dicodid.

L'attività di questi rimedi — ed all'elenco delle specialità dato dall'A. se ne potrebbero aggiungere molte altre — è piuttosto scarsa. Sarebbe utile possedere una terapia specifica a cui si può ricorrere mediante i vaccini, su cui però le opinioni sono discordi; comunque, se la si vuol mettere in opera, si inizierà il trattamento al più presto, possibilmente già nel periodo catarrale. Il siero di convalescente ha dato risultati non molto confortanti. Jundell ha proposto un metodo consistente nell'iniettare nei genitori del bambino un vaccino antipertossico e prelevarne il siero quando si sono formati gli anticorpi, iniettandolo poi nel bambino; il metodo ha l'inconveniente di far perdere troppo tempo (8-10 giorni), mentre sarebbe necessario agire all'inizio della malattia.

Alcuni mezzi fisici (sole di alta montagna, onde corte) sono stati vantati e poi caduti in disuso.

Importante è la psicoterapia, soprattutto nel senso di non trattare con eccessiva tenerezza il bambino durante l'accesso, ma mostrare un po' di non farvi attenzione. Utili anche le misure suggestive, specialmente nel periodo di decrescenza degli accessi, in cui il bambino tende a *fissare* la sua sofferenza, in uno stato neurotico che può continuare a lungo. Spesso in questi casi qualche manovra come la spennellatura della faringe, la corrente faradica, od anche il cambiamento di ambiente agiscono in modo eccellente.

Importante è anche il curare la nutrizione, tanto più che spesso vengono con il vomito emessi i cibi ingeriti, sicchè è bene in questi casi dare qualche cosa da mangiare al bambino. Non è necessaria una dieta speciale; si baderà a somministrare della vitamina C, con le frutta, le verdure od anche con gli adatti preparati. Specialmente nei rachitici, è utile il vigantol ad alte dosi; in qualche caso, ha dato buoni risultati la « terapia di urto » con la somministrazione in una sola dose di 15 mg. di vitamina D-2.

Sarà sempre necessario, nella terapia della pertosse, di tener presente il vecchio adagio: *primum non nocere.* *fil.*

La chemioterapia antiendotossica.

(C. LEVADITI e A. VAYMAN colla collaborazione di L. REINIÉ. *Annal. de l'Inst. Pasteur*, dicembre 1938).

Gli AA. furono indotti a supporre che i derivati benzenici solforati possono esercitare in vitro azione ventralizzante su certe endotossine microbiche da ricerche fatte sull'emolisina e la leucocidina degli streptococchi patogeni emolitici e poi da osservazioni sull'azione curativa di queste sostanze sulla gonococcia spe-

rimentale del topo. Essi ritengono che questa chemioterapia possa essere contemporaneamente antimicrobica e antiendotossica.

Per questo hanno esteso le ricerche a numerose endotossine e precisamente a quelle del meningococco, del b. di Aertrycke, dei b. dissenterici di Flexner e Shiga, della Pasteurella avicida e ad alcune esotossine (b. differ., b. vibr. settic., b. histolyticus) e al veleno di serpente.

Contro l'endotossina gonococcica l'azione curativa dal 4 nitro 4' aminodifenilsulfossido dà 60 % di sopravvivenza degli animali infettati. La stessa sostanza riesce a impedire nel topo l'intossicazione da endotossina meningococcica. Risultati pure soddisfacenti si ebbero sulle altre endotossine suindicate con vari prodotti aromatici. Non è stata però notata una costante concordanza fra l'attività endotossica dei composti e la loro efficacia antinfettiva.

Negativa fu l'azione degli stessi composti sulle esotossine.

Per quanto riguarda le endotossine l'azione neutralizzante è rapida e di breve durata, per cui l'animale soccombe ad una seconda inoculazione della stessa endotossina da cui il preparato l'aveva difeso la prima volta. L'azione antitossica si ha per somministrazione orale e parenterale.

Gli AA. ritengono che queste sostanze solforate non agiscano in vivo allo stato in cui sono somministrate, ma solo dopo essersi trasformate in un principio X attivo. Forse si arriva ad una trasformazione chinoide della molecola come quella che subisce la tirosina in vivo. Per questo essi usarono anche prodotti solforati a struttura chinoide (solfochinoni), azoici e non azoici e precisamente: idrochinone, cloridrato di paraminofenolo, dietilidrochinone, di benzoato di idrochinone, 4-4' diaminodifenilstilbene, 4 amino, 4' ossiazobenzene, 4-4' di aminoazobenzene, 4-4' di ossiazobenzene, 4-4' diossistilbene, 4-4 diossidifenile.

Le conclusioni di queste ricerche sono queste: alcuni derivati benzenici non solforati, in particolare l'idrochinone, il suo derivato acetilato e il 4-4' diossiazobenzene, agiscono curativamente nella tossinfezione gonococcica e meningococcica sperimentale. *r. l.*

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Il parto senza dolore.

(I. COURTOIS e I. BALAZUC. *Journal des Praticiens*, 26 novembre 1938).

Il problema del parto senza dolore ha in ogni tempo assillato gli ostetrici come una specie di pietra filosofale, ma ha sempre urtato contro la medesima difficoltà: quella di ottenere una analgesia completa rispettando sio lo stato della madre e del feto, sia l'attività normale dell'utero.

I metodi finora tentati (cloroformio, rachianestesia, barbiturici, protossido d'azoto e pituitrina, cloroformio, ed ipofisi, evipan ed ipofisi) hanno dovuto essere ben presto abbandonati per i loro vari inconvenienti.

Solo il metodo proposto da Delalande, il quale usa il clorokelene (mescolanza di 75 parti di cloruro di etile con 25 parti di cloroformio) associati all'estratto ipofisario, risulta il più pratico e il più innocuo: addormentare la madre senza addormentare l'utero ed il feto.

Tuttavia bisogna osservare certe cautele. Occorre innanzitutto assicurarsi che la presentazione sia normale, non impegnata, e ben flessa; che il bacino sia normale, che non vi sia ostacolo *praevia*, nè anomalie delle parti molli; che il collo uterino non sia nè lungo nè spesso; che il parto sia iniziato con contrazioni uterine schiette, ritmiche, dolorose.

In caso di dubbio sulla qualità del parto è prudente tentare l'iniezione di 5-10 unità di post-ipofisi, e nelle multipare a termine con collo largamente beante rompere anche la sacca delle acque e poi iniziare senz'altro l'analgesia.

Ma in generale quando i dolori diventano netti, e specie nelle primipare, è bene iniettare un mmgr. d'atropina e un cgr. di morfina per non affaticare il feto.

Ciò fatto l'anestesia si praticherà quando dopo l'arresto del travaglio o il periodo di accalmia si ripresentano i dolori con una dilatazione più o meno marcata, oppure quando i dolori, malgrado l'atropina e la morfina i dolori continuano violenti e ravvicinati. Le condizioni eccellenti per operare con sicurezza si avranno quando il collo è diventato sottile e sufficientemente dilatato.

Comunque bisogna cercare che l'anestesia non sia insufficiente o eccessiva.

Nel primo caso la donna si agita e grida e risentirà più violenti i dolori con il risveglio. Il collo uterino diventa rigido e sotto l'azione dell'ipofisi l'utero, ha contrazioni violente e ravvicinate: la sicurezza del metodo in effetti consiste nell'innocuità dell'ipofisi sotto l'anestesia, mentre qualunque dose d'ipofisi può essere pericolosa senza anestesia.

Quando invece l'anestesia è troppo profonda le contrazioni uterine diventano sempre più lente e rare; il riflesso corneale è abolito, mentre il collo è eccessivamente molle. Diminuendo la somministrazione di clorokelene tutto ritorna normale.

In pratica si opererà nel modo seguente. Si somministra il clorokelene con la maschera di Camus modificata da Frenaunay, ricoprendo la testa con una tela per impedire che l'anestesico molto volatile si disperda. Si rompono le membrane se sono ancora intatte, e si iniettano 6-15 unità di ipofisi, ripetendo in capo a mezz'ora l'iniezione qualora si noti una certa mollezza dell'utero e insufficienza delle contrazioni.

La fase di espulsione si agevola diminuendo la narcosi. Questa quindi si rinforza un po' a parto avvenuto. Quando l'utero si è contratto si arresta la somministrazione dell'anestesico. In capo a dieci minuti si ha il risveglio che è gradevolissimo.

I risultati finora ottenuti su migliaia di casi fanno ritenere il metodo di Delalande veramente pratico ed efficiente. Comunque deve essere praticato con prudenza e tecnica impeccabile. L'anestesia deve essere adattata alle varie fasi del parto. L'opera dell'anestesista non è meno importante di quella dell'ostetrico

Il metodo non va applicato ai casi tardivi, nei quali l'utero è già stanco, rigido, contratto, edematoso.

Il parto senza dolore, rapido sembra particolarmente indicato per la donna moderna la cui vita mevimentata rende particolarmente vulnerabile alle infezioni, alle emorragie, agli choc. Il metodo di Delalande rende il parto sopportabile e perciò non temuto. Merita quindi di essere largamente diffuso specie nei paesi con bassa natalità. DR.

La follicolinuria nelle amenorree e suo comportamento in seguito alla cura follicolinica.

(BORSETTI. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, n. 11, 1938).

I vari autori che si sono occupati della eliminazione urinaria della follicolina nelle disfunzioni ovariche, hanno potuto mettere in chiaro l'esistenza di amenorree con assenza totale di follicolina nelle urine, e di amenorree con forte follicolinuria. Queste ultime che Zondek chiama amenorree iperormonali, sono da Frank poste in relazione non già ad un reale aumento dell'ormone follicolare, ma piuttosto ad un abbassamento della soglia renale. Tale concezione del Frank è della massima importanza dal lato terapeutico, perchè condurrebbe ad intensificare in questo ultimo tipo di amenorree, una cura follicolare intensa.

Simmonet ritiene invece che sia inutile somministrare alte dosi di follicolina dal momento che l'organismo la elimina in tanta copia attraverso le urine.

Alla soluzione di questo importante problema di terapia ormonale ha portato un notevole contributo il Borsetti il quale ha studiato il comportamento della follicolinuria in 11 casi di amenorree varie. Questo A. con dosaggi praticati ogni 7 giorni tanto nel mese precedente la terapia con ormone follicolare quanto per l'intera durata della cura (in taluni casi fino a 5-10 mesi), ha dimostrato in primo luogo la prevalenza delle amenorree ipermonali; degli 11 casi presi in esame soltanto 3 presentavano infatti totale assenza della follicolina urinaria, mentre negli altri 8 la curva di eliminazione andava da 4000 a 16.000 U. I. per litro.

L'interesse maggiore è dato però dal comportamento della follicolina urinaria durante la terapia ormonale che veniva praticata a dosi modiche (900 U. I. pro die in soluzione alcoolica nei casi lievi e la stessa dose, aumentata di 21.000 U. I. bisettimanali per iniezione endomuscolare, nei casi gravi e tenaci). Nei casi con assenza di follicolina nelle urine il ritorno dei mestrui è stato preceduto e quasi annunziato dalla ricomparsa del normale ciclo di follicolina urinaria, mentre nei casi di amenorrea iperormonale la terapia follicolare ha determinato la scomparsa graduale della follicolina nelle urine.

Tale scomparsa è stata sempre parallela al miglioramento della sintomatologia propria delle amenorree (sintomi a carico del sistema nervoso e vasomotorio, obesità incipiente, dolori articolari, ecc.) ed ha preceduto il ritorno dei mestrui.

In un caso che il Borsetti ha seguito per 11 mesi, la eliminazione della follicolina urinaria si era mantenuta assente per circa 6 mesi durante i quali, essendo ritornati i mestrui, la terapia ormonale, era stata sospesa. Manifestatasi nuovamente una eliminazione urinaria di 600 U. I. per litro, si notò che nello stesso mese la donna era ritornata amenorroica.

Le osservazioni dell'autore depongono per una maggiore frequenza delle amenorree iperormonali in confronto delle oligoormonali e rivelano che la cura follicolinica ottiene l'effetto di invertire il comportamento della follicolina urinaria. La eliminazione di forti quantità di follicolina non deve essere considerata come sintoma di saturazione dell'organismo ma costituisce una indicazione per la cura la cui efficacia viene appunto segnalata dalla sua scomparsa. Un altro rilievo interessante è dato dalla tenuità delle dosi usate dall'autore il quale ha ottenuto un pieno effetto curativo senza ricorrere all'altissimo numero di U. I. preconizzato dalla Scuola tedesca.

In ciò vi è accordo col Migliavacca il quale ha messo recentemente in chiaro la esistenza di un limite iperormonico variabile da individuo ad individuo, oltre il quale le dosi forti di ormone follicolare provocano il blocco ipofisario con conseguente amenorrea.

Dalle ricerche del Borsetti risulta inoltre l'esistenza di uno squilibrio fra la follicolina somministrata e quella eliminata con le urine.

La quantità di quest'ultima infatti è enormemente superiore alla prima, il che fa sospettare l'esistenza di una produzione endogena di ormone per nulla in rapporto con quello somministrato.

Da ultimo, le osservazioni del Borsetti indurrebbero ad ammettere che uno degli effetti della terapia follicolinica consista nel modificare verso l'ormone follicolare la soglia renale che, secondo Frank, nelle amenorree risulta abbassata. A. P.

Terapia moderna coi preparati organici dello zolfo

Il successo ed il valore dei moderni medicamenti solfamidici sono dimostrati dagli sforzi tenaci ed ininterrotti dei chimici e dei laboratori più importanti del mondo, intesi a creare e ad individuare la forma chimica particolare che assicuri ai singoli preparati il massimo di attività ed il minimo di tossicità, dall'enorme letteratura che si è accumulata per studiarne l'efficacia non solo nelle forme infettive più comuni e diffuse, nelle quali essi erano stati dapprima saggiati, ma anche per indicarne autorevolmente l'opportunità di impiego, in altre contingenze morbose, più rare e più gravi, nelle quali gli agenti infettivi dominano incontrastati, vincendo purtroppo il più delle volte la terribile battaglia; ed infine dal moltiplicarsi delle ricerche scientifiche volte a gettar luce sull'avvincente ed ancora non definitivamente sciolto problema del loro meccanismo d'azione.

È bene togliere fin dall'inizio ai medici ancora titubanti le incertezze ed i timori sugli effetti collaterali che accompagnano l'attività terapeutica della paraaminofenilsulfamide, facendo loro presente che, con la graduale formazione di criteri posologici ben determinati da ampie statistiche per ogni forma morbosa assieme al diffondersi dell'abitudine di un più rigoroso controllo medico, al quale è *obbligatorio* sottoporre i malati che vengono curati con un medicamento di cospicua intensità di azione, quale è la paraaminofenilsulfamide, le già rarissime, ma gravi conseguenze apparentemente insorte dopo uso di preparati sulfamidici, come l'agranulocitosi, le anemie acute emolitiche ed ultimamente l'azoospermia (nei gonorroici) sono divenute alcune addirittura eccezionali e sempre contenute entro limiti di gravità tali da potersi loro vittoriosamente opporre, alcune altre, altrettanto sporadiche (l'azoospermia), rettamente interpretate, sono state valutate come fenomeni tossici, assolutamente passeggeri e correggibili con la semplice interruzione della cura.

Unica relativa controindicazione, che tuttavia *non* vuol significare *assoluta impossibilità* a condurre la cura, ma semplicemente indica l'*assoluta necessità* di una somministrazione assai cauta, sono le condizioni di *grave insufficienza epatica* o *renale* e stati di anemia preesistenti.

In Italia quale primo prodotto nazionale prototipo dei chemioterapici solfamidici fu ottenuto lo Streptosil. In questo preparato si è cercato di ottenere con le massime caratteristiche di purezza la sostanza attiva, e nello stesso tempo si è cercato di dotare il preparato di caratteristiche tali da renderlo un tipo « speciale » di paraaminofenilsulfamide, da non confondersi con altri prodotti della medesima sostanza semplici o derivati. Le singolari varianti apportate alla sua fabbricazione non tolgono allo « Streptosil De Angeli » la caratteristica chimica fondamentale; quella di essere un preparato di paraaminofenilsulfamide *semplice*, che è il nucleo chimico veramente attivo dei primi prodotti chemioterapici azoici, alcuni dei quali fabbricati all'estero, ancora in uso.

Altre modificazioni nella struttura chimica della originaria solfamide diverse dalla diazotazione, quali l'introduzione di un gruppo solfonico, benzilico, ecc., non sono state giudicate dalla critica obbiettiva, seguita ad un periodo di curiosità sperimentale molto accesa, apportatrici di quel perfezionamento sperato, sia per la tolleranza ed ancor più per l'insensità di azione.

All'esperienza del mondo medico europeo, che comprova questa affermazione, si uniscono le concordanti innumerevoli attestazioni in proposito della stampa medica americana.

Le notizie sull'impiego medico dello Streptosil in svariate forme infettive nelle quali esso costituisce una validissima arma terapeutica, che va sempre di più assumendo il carattere di aiuto indispensabile dell'opera del medico, serviranno nel migliore dei modi a dare una idea dell'importanza e dell'estensione raggiunta dalla terapia streptosilica nel momento attuale.

Indicazioni.

I. INFEZIONI STREPTOCOCCICHE.

a) *Erisipele*. — È questa una delle manifestazioni morbose ad agente eziologico ben noto, nella quale insieme con l'infezione gonococcica (v. oltre) lo Streptosil ha raggiunto i più brillanti risultati, conferendo al corso della malattia una evoluzione favorevolissima; abbreviazione della durata dell'infezione, ra-

pida defervescenza susseguente all'inizio della terapia streptosilica, arresto nella diffusione delle chiazze eresipelatose, rapido sollievo dei fenomeni tossi-infettivi. Le recidive vengono finalmente debellate e la prognosi generale è immensamente migliorata, anche nei *lattanti* dove la eresipela assumeva frequentissimamente gravità irrimediabile.

È bene associare l'uso orale dello Streptosil, 3-4 fino a 6 compresse al giorno, 2 per volta, all'introduzione parenterica di 1-2 fiale da 5 cc. e nei casi gravi 1-2 da 10 cc.

b) *Sepsi puerperali e chirurgiche strepto e stafilococciche* (flemmoni, foruncoli, fratture esposte infette, osteomieliti, fistole suppuranti, ecc.). — In queste la terapia streptosilica si dimostra veramente utile, tanto a scopo profilattico che curativo. In seguito ai larghi controlli fatti in Italia e all'estero lo Streptosil è entrato nell'uso di molte Cliniche ostetriche italiane.

Posologia nel trattamento profilattico: 4-5 compresse al giorno, oppure 2 fiale da 5 cc. od una fiala da 10 cc. endovena.

Nel trattamento curativo: 5-8 compresse al giorno, diminuendo gradatamente la dose dopo la dose massima (II-III giorno: 1-2 fiale da 5 cc. ogni 4-5 ore o 1 fiala da 10 cc. Nei casi assai gravi le dosi per via parenterica possono essere senza tema raddoppiate.

c) *Pleuriti purulente da streptococchi e ulcere serpiginose croniche della cute.* — Si citano casi di pleuriti essudative purulente, portati alla Société de Pédiatrie di Parigi il 5 luglio 1938, guariti senza intervento chirurgico associando la terapia orale e parenterica all'introduzione intrapleurale di una soluzione di paraaminofenilsulfamide, previa aspirazione dell'essudato. Questo non si riforma e si ottiene una guarigione completa clinica e radiologica.

Altri casi sono stati guariti con la sola terapia orale. La posologia varia necessariamente da caso a caso.

Le ulcerazioni croniche della cute guariscono rapidamente in poco più di un mese, associando ad un trattamento locale con pomate all'acido borico, la somministrazione orale di 1 fino a 3-4 g. giornalieri di solfanilamide.

d) *Meningiti.* — L'impiego dei preparati solfamidici nella cura delle meningiti streptococciche ha abbassato la mortalità che prima dell'impiego di tale terapia toccava il 95 % dei casi, secondo alcune statistiche del 70 %; essa ora si aggirerebbe quindi sul 25-30 % dei casi.

La terapia streptosilica, associata a tutti gli altri mezzi terapeutici (sieroterapia, drenaggio del liquor, ecc.) può essere condotta per *via orale* (8-10 compresse in 2 riprese a poche ore di distanza); per via *endorachidea* (introduzione di Streptosil iniettabile 1 % fino a raggiungere una concentrazione nel liquor di 4-5 mg. %); *per via endovenosa* (2 fiale da 5 cc., 1-2 da 10 cc.) ad integrazione delle altre.

I risultati ottenuti con analoga terapia nelle *m. meningococciche* sono ugualmente brillanti ed anche la prognosi di questo tipo di affezione, già di per sè meno nefasta, è di gran lunga migliorata.

e) *Infezioni del cavo orale - Angine - Tonsilliti - Angina di Ludwig - Piorrea alveolare.* — La terapia streptococcica trova ragione di applicazione in queste affezioni nelle quali lo streptococco è, se non l'unico germe determinante, sempre partecipe delle associazioni microbiche che le determinano. L'unica affezione che non viene vinta è l'angina necrotica di Plaut-Vincent.

È stata notata, dopo cura con paraaminofenilsulfamide, la sterilizzazione del *secreto alveolare* nei casi di *piorrea.* La posologia deve essere in tali casi adeguata dal medico alla gravità e alla ostinazione della forma morbosa in osservazione.

f) *Scarlattina.* — Nessuna specie di streptococco è l'agente specifico dell'infezione scarlattinosa, ma gli streptococchi provocano per lo più le complicanze che insorgono nel corso della malattia.

L'efficacia della cura con lo Streptosil è dimostrata dalla minor durata del periodo febbrile e dalla più rapida scomparsa degli essudati tonsillari. La glomerulo-nefrite secondaria, non controindica la cura streptosilica, ma se la somministrazione è fatta con cautela, si osserva un rapidissimo miglioramento della insufficienza renale. Posologia: gr. 1,20 per via orale; gr. 0,10 (2 fiale da 5 cc.) per via parenterale.

II. Infezioni da pneumococco - Influenze.

a) *Polmoniti - Broncopolmoniti.* — In una relazione recentemente riportata dalla *Minerva Medica* si riconosceva che un prezioso ausilio alla cura delle polmoniti veniva offerto dai preparati solfamidici.

La *polmonite lobare* classica, con reperto positivo del diplococco di Fränkel nell'espettorato, è uno dei campi nei quali l'efficacia dei preparati è ancora oggetto di vasti esperimenti, dei quali cominciano a giungere risultati assai lusinghieri, sottolineati dall'esito di alcune ricerche sperimentali, le quali mettono in luce l'effetto tossico esercitato da alcuni preparati solfamidici su varii ceppi di pneumococchi, e il forte aumento dell'azione batteriostatica propria di un siero antipneumococcico addizionato di una piccola quantità di solfanilamide.

Passando al campo pratico, da ciò che si è detto si dovrebbe dedurre la possibilità di ottenere ottimi risultati nella cura delle polmoniti associando il trattamento sierologico al trattamento chemioterapico con Streptosil.

Più chiari sono i risultati che si osservano in seguito alla cura streptosilica nei casi di

broncopolmonite. Questa è il più delle volte conseguente a bronchite od a lievi affezioni catarrali delle prime vie respiratorie. Sono le così dette *forme influenzali;* esse rappresentano piuttosto che un'affezione primitiva, la complicanza di precedenti affezioni rinofaringee e bronchiali, e sono determinate dall'aggressione in via discendente del parenchima polmonare da parte del germe. L'esame batteriologico dello sputo dimostra la *costante* e per lo più prevalente presenza dello streptococco, associato allo stafilococco, al pneumococco ed al bacillo di Friedlaender.

Lo Streptosil aiuta e solleva notevolissimamente questi malati, risolvendone rapidamente i focolai polmonari e migliorandone lo stato generale.

Nella terapia delle affezioni polmonari con lo Streptosil si procuri di mantenere una buona ossigenazione del sangue.

b) *Manifestazioni influenzali varie.* — Vogliamo intendere qui le algie influenzali diffuse ai muscoli, alle ossa, alle articolazioni, spossatezza generale, leggeri fatti catarrali delle prime vie respiratorie, cefalee ostinate, disturbi tutti che molte volte si aggravano per la più seria compromissione delle vie respiratorie; l'importanza da attribuirsi in questi casi allo streptococco, associato ad altri germi (pneumo-stafilococco) è stata più sopra illustrata sottolineando l'efficacia particolare esercitata dallo Streptosil.

Ma assai frequenti sono le spesso assai gravi e tenaci *nevralgie* influenzali, provocate forse più dalle tossine proprie del germe che dal germe infettivo stesso, qualunque esso sia, localizzate in quei settori specialmente soggetti a maggiore sforzo e lavoro (nevralgie del trigemino, sciatiche, e quella singolare del plesso brachiale destro, in tal caso primaria e non secondaria a traumi, lesioni vertebrali, ecc.).

Caratteristiche di queste forme sono i dolori a tipo parossistico esacerbanti col movimento e la pressione sui tronchi nervosi, assenza di sintomi oggettivi, resistenza a qualunque analgesico, mentre cedono talvolta ai preparati salicilici che costituivano finora i soli mezzi terapeutici. Vogliamo ricordare al medico pratico che la nuova terapia streptosilica ha dato in questi ultimi tempi risultati veramente ottimi nella cura delle influenze generiche e molto spesso pronto e definitivo sollievo in alcune forme particolari benchè assai frequenti, quali le nevralgie più sopra ricordate.

c) Nelle *meningiti pneumococciche,* si sono ottenuti dal trattamento chemioterapico con sulfanilamide secondo le modalità già descritte per le meningiti di diversa eziologia risultati che, considerata la estrema gravità dell'affezione, costituiscono per sè stessi interessante risultato.

III. Infezioni gonococciche.

Il successo raccolto dalla cura streptosilica nella cura delle forme infettive gonococciche è pari se non superiore a quello ottenuto nella terapia delle infezioni streptococciche. Anche qui si ottengono un'abbreviazione del periodo acuto della malattia, la prevenzione della diffusione dell'infezione (orchiti, epididimiti, e nella donna annessiti, metriti. L'accelerata guarigione delle forme croniche, la disinfezione dei focolai profondi di gonococchi, costituiscono i tratti principali della benefica azione dello Streptosil.

Esso diminuisce la frequenza con cui insorgono complicazioni secondarie (reumatismi-endocarditi), poichè circolando nel sangue combatte validamente la batteriemia, causa delle suddette complicazioni, facile a prodursi per il tropismo dei gonococchi verso i tessuti profondi, dai quali passano nel sangue.

Sempre raccomandando di praticare il classico trattamento locale in tutte le affezioni gonococciche e ricordando che la cura streptosilica non controindica il contemporaneo impiego di vaccini, indichiamo come più efficace e più tollerata la seguente posologia: 8-10 compresse per i primi 4 giorni, 6-8 compresse in seguito fino a guarigione, avendo cura di intercalare un periodo o di sospensione di 5-6 giorni dopo la seconda settimana di cura; 1-2 fiale da 5 cc. o 1 da 10 per via parenterica contemporaneamente.

Alcuni specialisti ritraggono maggiori effetti iniziando la cura streptosilica dopo 8 giorni di malattia.

IV. Nelle *Infezioni settiche delle vie urinarie* determinate da b. coli, nelle pieliti delle gravide, nelle cistiti e pielocistiti di diversa eziologia, lo Streptosil porta ad una rapida scomparsa della batteriuria, diminuzione fino a cessazione dell'eliminazione del mucopus è netto miglioramento dei sintomi soggettivi: bruciore, pollachiuria, tenesmo, dolori. Anche la febbre, se coesisteva, presenta remissione.

V. Chiuderemo questa rassegna con l'annuncio che anche in molti casi di *febbre melitense,* ed in alcuni di tifo, ed in altre malattie veneree oltre la blenorragia (ulcera molle, linfogranuloma venoso) lo Streptosil si è dimostrato notevolmente efficace, lasciando sperare che altri campi di applicazione possano venire aperti a questa cura con sicura fiducia di successo.

Nuovi mezzi e applicazioni della terapia bromica

Le difficoltà esistenti fino a qualche tempo addietro nella somministrazione *parenterale* dei bromuri alcalini, di tanta utilità terapeutica, sono state vinte dai nostri chimici con la fabbricazione di un nuovo bromuro organico, che, sebbene pari ai bromuri alcalini per contenuto in bromo ed azione farmacologica, è somministrabile per via *parenterica intramuscolare* od *endovenosa* senza causare il minimo disturbo o dolore nè il minimo fatto di bromismo qualunque sia la durata e l'intensità della cura.

Questo nuovo bromuro è stato messo in uso in due preparazioni: *la prima* costituita di solo bromuro organico, nelle varie dosi « Bromo De Angeli » fiale da 2 cc., 5 cc., e 10 cc. compresse e granulare effervescente, *la seconda* unitamente al calcio ed al magnesio (« Bromo De Angeli calcico magnesiaco » fiale da 2 cc., 5 cc., 10 cc.), entrambi somministrabili endomuscolo o endovena.

Questi medicamenti, per la loro speciale composizione rispondono assai bene in tutte le forme nervose corticali e in quelle dove accanto a uno stato di ipereccitabilità dei centri corticali esistono anche squilibrio e labilità neurovegetativi.

Poichè in malati che presentano squilibri neurovegetativi, il sistema nervoso autonomo è particolarmente labile, ci è parso opportuno prevenire le conseguenze di tale labilità, esprimibili con un'eccessiva sensibilità ad un elemento attivo quale potrebbe essere il calcio, aggiungendo un altro elemento, il magnesio, che è in un certo qual modo un antagonista del calcio; si sa per esempio che i sali di magnesio producono uno stato di narcosi, con soppressione dei riflessi diencefalo-mesencefalici, immediatamente abolita da iniezioni di sali di calcio.

Ciò fa sperare che molti disturbi di disjonia, di turbato rapporto fra joni attivi presenti nel sangue, possano venir corretti dal preparato Bromo-Calcio-Magnesio, con vantaggio clinico in tutti gli squilibri neurovegetativi che dà quel turbato rapporto, secondo le moderne affezioni biologiche, sembrano derivare.

Interessanti e veramente dimostrativi sono i risultati delle vaste esperienze cliniche ottenute con questi nuovi bromuri De Angeli nell'Istituto di Clinica Neurologica di Milano su pazienti affetti da nevralgie essenziali, accessuali e continue, nonchè in ricoverati con disturbi psichici gravi e crisi epilettiche.

È recentissima la nuova applicazione di questi preparati di bromo: le esperienze condotte negli Istituti di Patologia e Clinica Medica e nell'Ospedale S. Giovanni di Torino valgono a mettere in rilievo oltre che un'azione sedativa sulla corteccia cerebrale, una azione sedativa sulla sfera nervosa vegetativa da parte di entrambi i preparati bromici De Angeli; argomento di esse è lo studio di malati di ulcere gastriche e duodenali.

In questi venne praticato un trattamento a base di Bromo De Angeli o Bromo Calcico Magnesiaco solamente o con solfato di atropina, in dose da un quarto a 1 milligrammo, mescolando all'atto dell'iniezione nella stessa siringa i due farmaci.

Un trattamento siffatto permette la seguente interpretazione del suo meccanismo d'azione; l'azione periferica dell'atropina paralizzante le terminazioni vagali sensitive emotrici si unirebbe all'azione del bromo esplicantesi nel senso di diminuire essa pure l'eccitabilità vagale (azione sul sistema vegetativo), oppure di modificare l' eccitabilità di quest' ultimo solo secondariamente, in quanto sedativo del sistema nervoso centrale ed inibitore di quegli eccitamenti che, originandosi nella corteccia, si fanno risentire sui centri vegetativi.

Qualunque sia l'interpretazione è innegabile l'efficacia esercitata dal Bromo De Angeli su fatti di ipersecrezione ed iperacidità gastrica, le quali, costantemente presenti negli ulcerosi, controindicano la somministrazione orale di bromuri, ed infine sul miglioramento della sintomatologia soggettiva dolorosa.

Ci consta che in diversi altri Istituti si sono ottenuti interessanti risultati a conferma sempre maggiore dell'importanza scientifica e pratica di questo nuovo trattamento.

È da sperare che i medici si sentano incoraggiati a sperimentare su vasta scala in una affezione tanto grave e diffusa quale l'ulcera gastrica il trattamento bromico associato o non all'atropinico coi preparati Bromo De Angeli e Bromo Calcio Magnesio De Angeli, quest' ultimo particolarmente indicato per agire in modo diretto ed elettivo sul sistema autonomo che tanta parte ha nella determinazione della sintomatologia delle ulcere gastriche e duodenali.

Miomi nella menopausa.

(W. BENTHIN. *Deut. Med. Woschenschr.*, n. 2, 1939).

Le affezioni degli organi genitali della donna diventano molto meno frequenti dopo la menopausa. Dopo tale epoca, il 40 % di esse è rappresentato dai tumori; e cioè il 22 % da da carcinomi a sede varia, il 13,9 % da tumori ovarici. I miomi sono poco frequenti, essi possono però dar luogo a fenomeni anche gravi (l'A. ha raccolto 18 casi di tal genere) anche in età avanzata, dopo che da tempo è subentrata la menopausa. La maggior parte di questi tumori esistono fin da prima della menopausa, è però indubbio che anche dopo di essa, i tumori possono ancora crescere regolarmente. Miomi anche voluminosi spesso non provocano alcun disturbo. Fenomeni di una certa entità si manifestano o per la sede sottomucosa del mioma, oppure in seguito a processi degenerativi. Il sintomo principale sono le emorragie. Oltre che nei miomi sottomucosi, esse si hanno durante i processi degenerativi dei miomi di qualsiasi sede, non compaiono però precocemente. Così pure un mioma che cresce può dar solo tardivamente luogo ad emorragie. Il tipo delle emorragie non è affatto caratteristico; esse possono essere scarse oppure abbondanti. Nell'ultimo caso sono del tutto irregolari, di breve durata e separate da lunghi intervalli; solo se esistono processi necrotici e degenerazione maligna si osservano forti emorragie persistenti.

I dolori sono rarissimi e insignificanti anche se esistono necrosi estese; più frequente è una sensazione di ripienezza. Solo nelle estese necrosi si hanno elevazioni termiche. La diagnosi dei miomi è spesso difficile: il sintomo principale, l'emorragia, a meno che sia molto abbondante può sempre essere determinata da altre cause che nulla hanno a che fare col mioma. L'esame obbiettivo non sempre dà risultati decisivi, soprattutto nei miomi sottomucosi: si deve ricorrere ad una palpazione accurata di tutto l'utero, ma l'ingrandimento del corpo uterino che caratterizza la presenza di miomi sottomucosi, può nella età senile essere dovuta anche ad altre cause (emorragie arteriosclerotiche ed altre).

La sola cura efficace è la chirurgica; la irradiazione non dà risultati.

Ci si asterrà da qualsiasi intervento nei miomi che non danno luogo ad alcun sintomo e che sono duri alla palpazione: i miomi sottomucosi però devono essere estirpati anche in queste condizioni, perchè essi comportano sempre il pericolo di gravi emorragie. Se la presenza di miomi si accompagna ad emorragie leggere, prima di operare si dovrà accertarsi che le emorragie dipendano dal mioma e non da altre cause concomitanti. Oltre ai miomi sottomucosi, vanno operati tutti quelli che si accompagnano a forti emorragie; e tutti quelli che assumono una consistenza molle o che crescono, anche se non vi siano emorragie (per il pericolo di una trasformazione maligna).

Dopo la menopausa i miomi crescono ancora perchè si mantiene un certo grado di attività ovarica. Questa non si sospende del tutto con la menopausa, come lo dimostra la persistenza di follicoli primari, di follicoli in accrescimento e di corpora albicantia nelle ovaia di donne che da molti anni non hanno più le mestruazioni. P.

DIVAGAZIONI

Minaccie di cataclismi sociali e psicopatie.

Le catastrofi d'ogni genere che investono grandi comunità determinano perturbamenti mentali collettivi e psicopatie individuali che sono talvolta caratteristici e quasi particolari dei singoli sinistri.

Le rivoluzioni, le guerre, le carestie, le epidemie, i terremoti, le inondazioni, le eruzioni vulcaniche, gli scoppi di fabbriche di esplosivi, i disastri nelle miniere e simili provocano numerosi casi di psicopatie di vario tipo e modificazioni pressochè generali del tono sentimentale e del livello morale.

Di notevole interesse sono al riguardo le osservazioni fatte durante i terremoti di Messina del 1908 e della Marsica del 1915. Oltre a malattie mentali a tipo nosologico definito si verificarono speciali sindromi neuropsichiche, tanto che si parlò di neuropsicosi dei terremotati, nonchè un particolare stato d'animo dei superstiti caratterizzato da un indebolimento dell'affettività e della moralità.

Riferendosi a recenti avvenimenti M. E. Gelma (*Gazette des Hôpitaux*, 23 novembre 1938) esamina l'influenza che hanno sulla psiche le minaccie di guerra che da qualche tempo si vanno ripetendo con una certa frequenza. Egli ricorda che tali minaccie, e i provvedimenti militari che l'accompagnano hanno in ogni tempo determinato disturbi psichici, che, d'altra parte si rinnovano durante le guerre ad ogni ripresa di ostilità. Lo stesso Cesare accenna alla crisi di tristezza che colpì i suoi legionari, concentrati a Bezançon, durante i preparativi dell'offensiva sul Reno contro i germanici. « Tantus subito timor omnem exercitum occupavit, ut non mediocriter ominum mentes animosque perturbaret... hi neque vultum fingere neque interdum lacrimas tenere poterant... milites, centurionesque quiqui equitati precrant... ».

Allo scoppio della guerra russo-giapponese si verificò in Russia un numero considerevole

di casi di follia, e nell'agosto 1914 si fecero in Francia analoghe constatazioni sui centri di mobilizzazione.

Un fatto di notevole importanza è il seguente: durante i periodi nei quali recentemente si diffuse in Francia il panico della guerra aumentarono notevolmente gli infortuni automobilistici in relazione senza dubbio a squilibri dell'emotività.

Nei momenti di tensione internazionale ed in quelli successivi nei quali si stabilisce la detensione, i disturbi psichici assumono forme diverse in rapporto alle cause determinanti. Ma non è dubbio che tali disturbi si manifestano nei predisposti, specie in quelli che assicurano di non avere mai avuto anomalie mentali: ipocondriaci costituzionali, ciclotimici, nevrotici in potenza i cui sintomi non avevano avuto modo di diventare percettibili o comunque di impacciare il lavoro professionale ed i rapporti sociali. Un umorista disse che la salute è uno stato morboso che s'ignora: ciò è tanto più vero per le psiconevrosi, nelle quali le influenze compensatrici ed i meccanismi di resistenza allontanano dal campo della coscienza ogni intuizione di disordine psicologico.

Tali disturbi sono in genere di due tipi, depressivi o maniaci, oppure essere legati ad intossicazione alcoolica.

Gli stati depressivi troverebbero una facile spiegazione se rappresentassero una reazione logica alla tristezza di dovere abbandonare la casa, la famiglia, gli amici, gli affari ed alla paura dei disagi, delle ferite, della morte e della perdita del patrimonio e della posizione sociale. Ma in effetti si tratta di tutt'altro. I malati non sempre manifestano preoccupazioni per la loro sorte e non esprimono idee che sono necessariamente legate alla situazione attuale. Qualcuno si uccide prima di affrontare il pericolo. Hanno idee di colpa, d'indegnità; si ritengono responsabili di reati militari, e credono che gli avvenimenti siano la punizione delle infrazioni da loro commesse alle leggi morali e religiose. In genere a questi disturbi psichici si associano disordini somatici: rallentamento del polso, stipsi, ipotensione, diminuzione delle secrezioni, inappetenza, insonnia. L'affezione continua il suo decorso anche se avvenimenti felici mettono fine alla crisi internazionale e ritorna la calma.

In altri casi, invece della reazione depressiva, si ha un'esplosione d'allegria, d'agitazione, d'euforia con logorrea. Questa felicità esuberante in contrasto con le circostanze rappresenta l'inizio di un'eccitazione maniaca che ben presto prenderà forma completa. Si tratta di fenomeni analoghi a quelli descritti sotto il nome di « lutto maniaco », che consistono in esplosioni di riso irrefrenabile, in manifestazioni incoercibili di gaiezza in individui realmente afflitti per la morte di una persona cara.

Gli psicanalisti sostengono che le reazioni depressive e maniache sono due stati che esprimono una lotta dell'« io » contro un medesimo complesso: se l'« io » trionfa e respinge un passato penoso, si libera del « super-io » o coincide con il « sè », si ha uno stato di soddisfazione, ossia la mania; se invece l'« io » soccombe nel conflitto con il « super-io » e l'« io » s'identifica con l'oggetto d'amore perduto, si ha una diminuzione del valore morale, ossia la malinconia. Mania e malinconia sarebbero il risultato di un'azione traumatizzante che indebolisce o annulla la capacità di rimozione, la cui forza di tensione varia secondo gli individui.

Questi stati maniaco-depressivi post-traumatici sono in qualche cosa differenti dalle psicopatie periodiche (psicosi maniaco-depressiva, pazzie intermittenti) che esplodono senza cause esterne apprezzabili. Tali psicopatie sono l'espressione di modificazioni organiche, di oscillazioni periodiche indipendenti da fattori morali traumatizzanti, perchè i veri maniaco-depressivi non hanno sempre accessi a causa di emozioni. A differenza di quanto avviene nella psicosi circolare i disordini organici che accompagnano gli stati di depressione e di eccitazione post-traumatici ne sono più la conseguenza che la causa.

Durante le minaccie di cataclismi sociali aumentano i casi d'intossicazione alcoolica. I bevitori abituali in conseguenza delle emozioni, della stanchezza, del cambiamento delle abitudini, del desiderio di soffocare le ansie e le preoccupazioni, consumano una maggiore quantità di bevande alcooliche. Le forme di alcoolismo cerebrale che si verificano più frequentemente, all'infuori dell'ebbrezza acuta, sono l'intossicazione subacuta su un fondo di etilismo cronico ed il delirium tremens con esito letale specie per complicazioni pulmonari. Si hanno anche casi di alcoolismo con accesso maniaco, sia perchè l'ebbrezza patologica prende la forma di una mania, sia perchè lo stato maniaco post-emotivo si combina con un successivo stato di ubbriachezza.

Oltre a ciò si ha una recrudescenza delle forme isteriche con crisi convulsive, sonnambulismo, vigileambulismo e confusione mentale, nonchè un aggravamento delle forme organiche.

Insomma l'emozione traumatizzante, durante le minaccie di cataclismi sociali determina un gran numero di psicosi e di neurosi individuali e collettive, prevalentemente con forma depressiva o stuporosa con angoscia e suicidi. In certi casi le complicazioni organiche, abituali negli stati profondamente depressivi o ansiosi, provocano inoltre disordini patologici che talvolta conducono alla morte.

argo.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

BELLELLI F. *Anatomia del neonato*. Napoli, Sezione editoriale del *Guf Mussolini*. Vol. in-8°, di pag. VIII-230, 1938. Prezzo L. 30.

Il favore con cui è stato accolto questo libro del Bellelli è veramente lusinghiero, e merita di essere analizzato sotto vari aspetti. Anzitutto è la prima volta che una trattazione anatomica si polarizzi decisamente, e con criteri originali, verso lo studio di un'epoca determinata della vita dell'uomo, quale è l'epoca della nascita. Numerosi sono i trattati di anatomia umana, ma la massima parte di essi riguarda lo studio dell'individuo adulto, e sebbene in questi ultimi tempi sia venuta alla luce l'*Anatomie des Kindes* di Peter, Wetzel ed Heiderich, opera che richiese dieci anni di lavoro, trattasi anche qui di un periodo della vita non compreso entro limiti ben definibili, nel quale l'analisi delle forme del bambino procede attraverso le fasi molteplici e complesse dell'accrescimento postnatale, senza un riferimento deciso alla fase di partenza, ossia alle forme del neonato.

Il Bellelli compie invece il felice tentativo di delineare il profilo anatomico e la fisionomia intrinseca del neonato, considerando questa come uno stadio morfologico a caratteri a sè stanti, intermediario nella transizione mirabile tra la vita intrauterina e quella postuterina, come confine tra l'accrescimento prenatale e quello postnatale.

La conoscenza dettagliata dei caratteri anatomici del neonato, nei riflessi dello stato morfofunzionale di tutti i suoi sistemi organici, può consentire uno studio ulteriore delle varie tendenze biotipologiche, che si possono eventualmente appalesare nel bambino, se è vero che il temperamento costituzionale dell'adulto ha le sue radici nei primi momenti del divenire dell'individuo. È ovvio poi che tali tendenze sono elementi di reale orientamento correttivo nella patologia infantile.

Ma ci piace richiamare l'attenzione su un altro lato interessante della nuova pubblicazione. Essa appare in un periodo di tempo in cui la morfologia umana ha ripreso da alcuni anni il sano indirizzo classico, indirizzo che per particolari influenze o deviazioni, non facilmente precisabili, aveva corso il pericolo di essere deformato. L'anatomia umana normale offre sempre campo di lavoro proficuo allo studioso, come dimostra la recente opera di Bellelli. E quantunque la biologia abbia il merito di affrontare, per numerose vie, i vasti ed importanti problemi generali della vita di tutti gli esseri organizzati, la Medicina, considerata sia pure, come è necessario, sul terreno biologico, rimane aderente e fedele al suo patrimonio classico, alla sua tradizione, alle sue conquiste, ai suoi metodi. Per essa i postulati scientifici devono essenzialmente mirare a quelle finalità che si identificano particolarmente nella conoscenza sempre più perfetta dell'*individuo*, nella compenetrazione sempre più intima dei segreti della patologia dell'*uomo*, e nell'ideale profondamente umano di una terapia ancora più adeguata e sicura.

Il libro, mentre riscuote l'approvazione dei morfologi, dei puericultori e dei pediatri, incontra una benevola accoglienza nell'atmosfera del Regime, che pone l'Infanzia tra i problemi fondamentali della previdenza e dell'assistenza sociale.

Però ci auguriamo che l'autore, dopo la prima fatica ed i primi successi, trovi modo di « fare ancora di più », come autorevolmente suggerisce nella prefazione il suo Maestro, l'illustre sen. Salvi, per dare al libro quello sviluppo integrativo che attende lo studio di qualche capitolo; perchè, sebbene la descrizione offra già un quadro molto ricco di nozioni, è desiderabile che lo stesso autore, sul binario già tracciato, amplifichi ancora di più la trattazione con altre notizie e con quei dati che scaturiscono dal complesso delle ricerche in corso, anche in evasione di quei temi di lavoro e di studio che il libro ampiamente contiene.

La pubblicazione del prof. Bellelli, non essendo una delle solite traduzioni di trattati esotici, entra con onore a far parte della bibliografia *italiana* moderna; contiene una larga citazione di contributi originali del pensiero italiano, è integrata da ottimo materiale figurativo. Lo stile è condotto in una forma sobria, lucida e attraente, in quella forma cioè che è propria dell'autore. Il quale scrive bene e si fa leggere con piacere.

VINCENZO VIRNO.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Prof. MARIO PERUZZI. *Malattie tropicali*. Stabilimento industriale tipografico S. A. La Spezia, 1938.

Questo volume del prof. Peruzzi, colonnello medico di marina, per quanto voglia apparire « un inquadramento sistematico che mostri gli aspetti più interessanti e più attraenti della medicina tropicale, che metta in vista legami e particolari oltre i confini della patologia comune, che guidi verso l'orientamento diagnostico e terapeutico » si presenta come un libro completo concepito con larghe ed originali vedute. Scritto senza ampollosità e circonlocuzioni, con stile facile e semplice, frutto di un lungo tirocinio didattico, arricchito di interessanti fotografie che l'A. ebbe agio di raccogliere nella sua permanenza in colonia, in Egitto ed in Uganda, aggiornato alle più moderne conoscenze e con un notevole contributo di osservazioni personali, co-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

stituisce una guida sicura alla quale bene può affidarsi chi si appresti allo studio della medicina tropicale, ma sulla quale dovrebbero meditare, e ne trarrebbero grande profitto, anche i medici generici.

Lasciando da parte l'introduzione nella quale sono messe in risalto le benemerenze della medicina italiana, che fu sempre alla avanguardia nello studio della patologia coloniale, il libro del Peruzzi si può dividere in trenta capitoli. Nei primi dodici vengono trattate le malattie febbrili tropicali: dalla febbre climatica alle febbri tropicali effimere, dalle febbri eruttive alle intermittenti malariche, dalle febbri ricorrenti a quelle ondulanti. Altri dodici capitoli sono dedicati alle affezioni tropicali piogeniche, fagedeniche e granulomatose. Il venticinquesimo capitolo parla delle affezioni tropicali da infestazioni di vermi ed artropodi, il ventiseesimo delle diarree e dissenterie, il ventottesimo delle bronchiti di Castellani (broncomicosi e broncospirochetosi). Seguono gli ultimi due capitoli dedicati uno ai veleni di animali e vegetali nei tropici, l'altro alle affezioni discrasiche da carenze alimentari.

Ci siamo limitati a questa semplice elencazione non potendo seguire capitolo per capitolo l'esposizione che il Peruzzi ha fatto, con spiccato carattere di chiarezza e semplicità, di ogni quadro morboso. Egli, come scienziato ed insegnante, può essere orgoglioso di aver portato un notevole contributo di carattere spiccatamente italiano allo studio della malattia tropicale. C. FRUGONI.

E. BÜRGI. *Die Arzneikombinationen*. Un vol. in-8° di 169 pagg., con 28 figg. J. Springer, Berlin, 1938. Prezzo RM. 12.

L'associazione dei medicamenti è usata da tempo nella terapia, con un intendimento ben diverso da quello della polifarmacia che — empiricamente — unisce in una prescrizione varie sostanze, con la speranza che ognuna di esse trovi nell'organismo la strada per agire. Con lo studio sistematico dell'associazione di varie sostanze, si è veduto (ed è all'A. che spetta il merito di avere stabilito questo fatto) che con alcune associazioni esse agiscono in dosi minori che da sole, si ha cioè un potenziamento, mentre in altri casi si ha un antagonismo, altre volte infine un'azione del tutto diversa, come accade per esempio con l'associazione di antipirina e veronal, che determina accessi convulsivi di pianto.

Campo di studio, questo, di grande interesse teorico perchè l'azione non è dovuta ad una vera combinazione nel senso chimico, ma si svolge unicamente sul terreno biologico; ma anche di grande utilità pratica, perchè permette di ottenere effetti maggiori e più completi tenendosi molto lontani dalle dosi tossiche. Molte specialità che sono in commercio devono appunto a questo il loro valore.

È questo il primo libro che espone sistematicamente l'argomento nei suoi aspetti teorici e pratici, trattando dei singoli rimedi (narcotici, antipiretici, diuretici, ecc.). Il sinergismo che porta al potenziamento non si esplica soltanto fra le sostanze, ma anche fra le condizioni climatiche ed il medicamento; così l'associazione del clima di montagna con la somministrazione di ferro ha una azione molto maggiore sul contenuto emoglobinico e sul numero delle emazie che non i due singoli fattori da soli.

Libro denso di fatti che sarà consultato con gradimento dallo studioso e dal pratico. Rammentiamo che in questo campo ha lavorato molto il nostro Marfori, come la sua scuola: egli ha, fra l'altro, non convalidato le ricerche di Bürgi sul potenziamento della morfina con la joscina, mentre ha trovato che esso può ottenersi con un antipodo ottico dell'atropina. *fil.*

M. L. NAPPÉE. *Manuel pratique de l'infirmière soignante*. Un vol. in-16° di 384 pagg. con 168 figg. Masson et C.ie, Paris, 1938. Prezzo fr. 28.

Fra i molti manuali esistenti per infermiere, questo ha il merito di essere stato scritto da una donna, che alle qualità essenzialmente femminili aggiunge la lunga pratica dell'insegnamento nelle scuole di infermiere di Lilla. Tutte le nozioni pratiche di assistenza che l'infermiera specialmente ospedaliera deve conoscere, vi sono esposte con minuziosa chiarezza, schematicamente ed in modo completo. Manualità semplici ma che vanno eseguite a dovere, con una serie di atti che debbono diventare nella pratica giornaliera quasi automatici. Ma soltanto una donna poteva descrivere con tanta minuzia e precisione i singoli movimenti per compiere tali manualità. Vi paiono troppe due pagine per insegnare come si devono disporre i cuscini? Chi è stato malato ricorderà il benessere e la sensazione di ristoro che si provano con dei cuscini ben collocati e sarà disposto ad apprezzare l'opera di chi seguendo i consigli dell'A. sa provvedere a tale bisogna. Non si tratta di manovre complicate e nemmeno lunghe, ma è certo che la descrizione di tutti i particolari esige del tempo. E così per altre manovre, quali il rifare il letto, l'applicare la traversina, il cambiare la camicia, il mettere la padella, ecc. Cose umili, che, hanno però una grande importanza nell'assistenza al malato.

Ma con questo non si esaurisce l'insegnamento dell'A., che esso si estende alla medicatura, all'assistenza alle operazioni, all'anestesia, all'assistenza delle puerpere, dei malati contagiosi, ecc.

Nell'accennare al contegno dell'infermiera verso i malati ed in genere in tutto il libro, l'A. insiste sempre sull'ideale a cui deve inspirarsi l'infermiera nella sua professione, ideale di bontà e di carità umana. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XVII° Congresso della Società Italiana di Urologia.

Nei giorni 23, 24 e 25 ottobre 1938 si è tenuto in Roma il XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Urologia, alla presenza di una larghissima rapresentanza di urologi Italiani e stranieri.

Dopo le relazioni, alle quali numerosissimi soci hanno partecipato con una mole di interessanti lavori, si sono svolte le comunicazioni sui principali argomenti della specialità.

L'Assemblea ha deliberato la modificazione dello statuto sociale, formulando uno schema di nuovo Regolamento da sottoporsi all'esame ed alla approvazione del Ministero dell'Educazione Nazionale.

Come sede per il XVIII Congresso, che si terrà nella seconda quindicina del 1939, è stata scelta Napoli; i tempi di relazione fissati durante il XVI Congresso sono: 1) Disturbi della minzione di origine nervosa (relatori i proff. Caporale di Torino e Sacco di Genova); 2) Traumatismi delle vie urinarie e valutazione del danno (relatori i proff. De Gironcoli di Venezia e Nisio di Bari).

Per tema del XIX Congresso, che si terrà in sede da destinarsi, è stato fissato: Urologia e pediatria.

I TEMA DI RELAZIONE

Cura ormonica della ipertrofia prostatica.

Dott. ALBERTO OBERHOLTZER (Roma). — Già da tempo era stata vista la possibilità di una cura ormonica dell'ipertrofia della prostata, ma, per la non idoneità dei mezzi terapeutici usati, gli studi vennero abbandonati fino a pochi anni fa, quando furono contemporaneamente ripresi da parecchi studiosi.

Le basi di questa terapia endocrina sono teoriche e sperimentali. Dal punto di vista teorico vengono ampiamente illustrati i rapporti che intercorrono tra testicolo e prostata. Nel testicolo sono compresi varii tipi di cellule: quelle seminali che, per concorde affermazione di tutti gli studiosi, non producono increti, quelle di Sertoli e quelle interstiziali o di Leydig, dalle quali si formerebbero ormoni maschili, ed infine le cellule F. di Steinach, ammesse da pochi, dalle quali proverebbe l'ormone femminile. Se il punto di origine dell'ormone femminile nell'uomo è ancora in discussione, quello che è certo si è che nelle urine dei maschi si trova costantemente follicolina. Tutti i detti increti hanno una loro azione sulla prostata: quello delle cellule di Sertoli ne controlla il normale sviluppo, ostacolandone il patologico ingrossamento, il quale invece sarebbe favorito dal secreto delle cellule interstiziali; alla follicolina sarebbe imputabile una degenerazione fibro-adenomatosa della prostata che colpirebbe principalmente i lobi posteriori. Finchè l'equilibrio tra i vari increti si conserva normale, non si hanno variazioni del volume e della struttura della prostata, che cominciano invece quando tale armonico rapporto viene alterato.

Se oggi ancora non è da tutti ammessa la teoria della doppia secrezione interna del testicolo, e l'equilibrio tra gli increti delle cellule di Sertoli e quelle di Leydig, la maggioranza degli AA. ha accettato la possibilità che la rottura del normale equilibrio tra ormone maschile e femminile sia la causa dello sviluppo dell'ipertrofia prostatica. Di questo se ne hanno parecchie dimostrazioni sperimentali: è stato constatato, ad esempio che l'ormone femminile — follicolina — iniettato sottocute è capace di provocare negli animali da esperimento un ingrossamento della prostata con tutti i disturbi ad esso inerenti, mentre la contemporanea somministrazione di ormone maschile impedisce tale evenienza.

Nelle urine dei prostatici è stato poi riscontrato un aumento relativo della follicolina, dovuto al fatto che, mentre la quantità di ormone maschile diminuisce sino alla scomparsa, la quantità di quello femminile resta invariata.

Conseguenza logica di queste premesse e dei risultati degli esperimenti è che lo sviluppo dell'ipertrofia della prostata si trova sotto la regolazione ormonica degli increti delle ghiandole sessuali, e che se si vuole agire favorevolmente su di essa occorre correggere lo squilibrio endocrino, il che si ottiene con la somministrazione di ormoni maschili.

La esperienza mondiale si basa ormai su di un migliaio di casi trattati con la terapia ormonica; di tutte queste esperienze viene ampiamente riferito e discusso nella relazione. I casi clinici osservati dal Relatore sono circa 150, di cui 112 curati con gli ormoni sessuali maschili, e con diversa terapia (follicolina, mammella funzionante, cura mista di ormone maschile e femminile). Viene riferito anche sui controlli (infermi con disturbi della minzione e ritenzione d'urina non dovuti alla ipertrofia della prostata).

Dai risultati dei vari sperimentatori e da quelli personali vengono tratte importanti considerazioni e deduzioni. Riportiamo per intero le conclusioni le quali rappresentano la sintesi di tutto il lavoro:

1) La natura ormonica dell'ipertrofia prostatica, per quanto non ancora dimostrata in modo sicurissimo, appare come la più probabile: verosimilmente l'affezione è dovuta ad uno squilibrio dei rapporti fisiologici dei vari ormoni sessuali, ed in specie alla preponderanza dell'ormone femminile.

2) La terapia endocrina dell'ipertrofia della prostata, applicazione pratica di questa premessa, è in un gran numero di casi — 75 per cento — sicuramente efficace: purchè attuata solamente con gli ormoni maschili.

3) Con la cura si ha un miglioramento immancabile dello stato generale e della funzionalità renale. Nella maggioranza dei casi si ha miglioramento della sintomatologia subbiettiva con riduzione notevole, sino a scomparsa, del residuo vescicale. Malgrado il costante miglioramento delle condizioni generali, gli infermi con ritenzione cronica e distensione dalla vescica da lungo tempo instaurata, e quelli con complicazioni infettive gravi o diverticolari o calcolose vescicali non si giovano della cura dal punto di vista urologico.

4) La cura ormonica è utilissima dopo la resezione endouretrale per prevenire le recidive, che sono l'ostacolo più grave contro cui spesso urta tale metodo di cura.

5) E' scarso l'effetto della terapia ormonica nelle piccole prostate fibro-miomatose, molto maggiore in quelle grosse e molli.

6) La terapia con ormoni è priva di controindicazioni e sicuramente innocua, anche se si superano di parecchio le dosi medie.

7) Non può attendersi dalla terapia ormonica una riduzione di volume dell'adenoma, ciò malgrado però si può contare sull'arresto dell'evoluzione. E' perciò evidente che la cura deve essere iniziata al primo comparire dei disturbi prostatici e continuata a seconda dei risultati. La cura ormonica quindi è tanto più efficace quanto più precocemente attuata.

8) Ove la terapia fallisca, l'intervento chirurgico non è in alcun modo pregiudicato: il malato così trattato sopporta la prostatectomia meglio degli altri, in esso la guarigione è più rapida e più rare sono le complicazioni.

9) La terapia ormonica giova come cura palliativa nei malati inoperabili, quando lo stato generale dell'infermo non permette l'intervento o quando questo venga rifiutato, nei cancri della prostata senza diffusioni vescicali e nei disturbi della minzione di tabetici, di infermi con lesioni midollari e di donne con cistocele.

10) La cura, iniziata con dosi elevate, deve essere continuata sino alla comparsa di stabili segni di miglioramento e proseguita anche dopo a dosi ridotte, e poi sempre ripetute.

11) I preparati da preferirsi sono l'estratto acquoso di testicolo ed il propionato di testosterone alle rispettive dosi giornaliere di un equivalente in gr. 10-20 di organo fresco per il primo e di mmgr. 5-10 del secondo.

II Tema di relazione

Anastomosi ed impianti ureterali.

Prof. Carlo Chiaudano (Torino). — La relazione riguarda le anastomosi uretero-ureterali e gli impianti degli ureteri in vescica e nell'intestino.

Dopo una trattazione sulla fisiologia dell'intestino, vengono descritti i vari metodi operatori.

Per le anastomosi uretero-ureterali il R. dà la preferenza al metodo più semplice: quello della sutura circolare termino-terminale (di Schopf), riferisce poi sull'anastomosi trans-uretero-ureterale, ossia l'innesto di un uretere nell'altro.

La cistoneostomia o impianto uretero vescicale per il quale l'uretere, reciso o resecato in prossimità della vescica, viene innestato in un altro punto della vescica stessa, ad onta degli insuccessi segnalati da parecchi e delle opposizioni di carattere teorico, ha ancora delle nette indicazioni e può dare dei favorevoli risultati.

Vengono descritti tutti i metodi operatori per la cistoneostomia, diretti o indiretti, con l'intermediario di un tubo o per mezzo del bottone di Boari; il R. ritiene che le anastomosi realizzate con il metodo della invaginazione siano quelle capaci di dare i migliori risultati funzionali.

I vari metodi di trapianto dell'uretere nell'intestino vengono così classificati:

1) formazione di un tragitto fistoloso fra uretere ed intestino;

2) anastomosi diretta tra uretere ed intestino;

3) formazione di anastomosi con lembo valvolare;

4) conservazione dell'orifizio uretero-vescicale;

5) anastomosi con decorso obliquo, intramuscolare o sottomucoso;

6) anastomosi con mezzi meccanici;

e per ogni gruppo vengono accuratamente descritti tutti i varii tipi di tecnica. I risultati migliori sono quelli che si hanno con le anastomosi a decorso obliquo, ottenute sia con l'impianto diretto dell'uretere nella sottomucosa, sia con l'intermediario di un tubo. E' preferibile lo impianto separato in due tempi all'impianto dei due ureteri in un solo tempo.

Il R. tratta poi esaurientemente delle indicazioni del trapianto degli ureteri, nonchè delle operazioni da scegliersi, a seconda delle varie indicazioni terapeutiche.

Vengono in seguito illustrate le varie complicazioni post-operatorie, nonchè i risultati che da tali interventi possono aversi, sia dal punto di vista anatomico che da quello funzionale.

Il risultato dell'intervento è però sempre strettamente legato allo stato del rene e dell'uretere; lesioni di questi organi compromettono seriamente i risultati operatori.

Vengono infine completamente studiati i due importanti argomenti della stenosi cicatriziale e del reflusso.

La relazione è completata da un vasto numero di interessanti illustrazioni, in maggioranza originali.

Il trapianto degli ureteri.
(parte sperimentale)

Prof. Antonio Chiatellino (Padova). — Il R. dopo un ampio ed esauriente lavoro giunge alle seguenti conclusioni:

1) L'anastomosi uretero-ureterale non è necessariamente seguita da alterazioni definitive di tono e di coordinazione della peristalsi, tali da portare fatalmente alla dilatazione e alla idronefrosi, quando non residui alla sutura una stenosi dell'uretere.

Questa ammissione, basata su reperti sperimentali difficilmente criticabili, può essere spiegata colla possibilità di una rigenerazione del sistema d'innervazione intrinseco dell'uretere e di un ripristino anatomico delle tonache muscolari sufficiente ai fini di una propagazione regolare degli eccitamenti alla peristalsi.

Anche le condizioni risultanti dalla presenza di un lieve ostacolo meccanico si possono ritenere suscettibili di un durevole compenso per ipertrofia degli elementi muscolari.

I fenomeni di ipotonia conseguenti alla interruzione delle vie nervose intrinseche non devono essere ritenuti definitivi e irreparabili che nel caso della persitenza di un ostacolo meccanico.

Le possibilità di una ricostruzione anatomica dell'uretere sezionato, tale da evitare l'insorgenza della stenosi, sembrano favorite dalla derivazione temporanea dell'orina.

2) Anche per il trapianto vescicale si può considerare raggiunta la dimsotrazione sperimentale della possibilità di una sua duratura ed efficiente corrispondenza alle esigenze funzionali.

In assenza di un normale meccanismo valvolare si può ritenere che il tono ureterale e l'azione della muscolatura vescicale possano evitare il reflusso, sia in condizioni di rilasciamento, che di contrazione della vescica.

Questa ammissione presuppone la completa mancanza di ostacoli alla obliterazione del lume ureterale determinati da alterazioni cicatriziali del neostoma.

Anche per il trapianto vescicale è possibile un

ripristino completo del tono e della peristalsi ureterali tali da evitare la dilatazione se non sopravvengono ostacoli meccanici alla evacuazione.

La stenosi e la rigidità del neostoma conseguenti alla sclerosi cicatriziale nel punto d'impianto possono essere più facilmente pervenuti con la adozione dei metodi di trapianto che implicano una minima lesione della parete vescicale.

In tesi generale pare che i metodi di trapianto obliquo possano favorire in una maggior percentuale di casi la continenza del neostoma.

3) Nel trapianto intestinale la preferenza è data ai metodi che non implicano una esclusione parziale o totale del circolo fecale.

La derivazione dell'orina dei due reni nei segmenti intestinali situati a monte della valvola ileo-cecale non è compatibile colla vita.

Il metodo di trapianto sotto-mucoso è ancora quello di più estesa applicazione: a questo principio corrispondono anche i procedimenti di più recente elaborazione. L'utilità e l'efficacia del meccanismo valvolare non sono risultate così essenziali come si riteneva un tempo, tuttavia il metodo offre migliori condizioni, in confronto con quelli di trapianto assiale, per ridurre al minimo i pericoli dell'infezione locale.

La comunicazione coll'intestino ottenuta a mezzo di una apertura laterale dell'uretere va più facilmente incontro alla stenosi.

In nessun caso, neppure coi più recenti metodi, è consigliabile procedere al trapianto contemporaneo dei due ureteri.

L'uso del cateterismo ureterale non è stato sperimentalmente dimostrato molto utile, nè scevro di gravi inconvenienti.

I metodi del trapianto in due tempi presentano come vantaggio principale quello di ridurre considerevolmente i pericoli dell'infezione peritoneale: un giudizio definitivo nei riguardi delle altre loro possibilità deve essere tuttora riservato.

Comunicazioni e discussioni sul

1° TEMA DI RELAZIONE.

BARELLA A. (Torino). — *La cura nell'ipertrofia della prostata.* — L'O. ha studiato il comportamento di 22 ammalati affetti da ipertrofia prostatica trattati con la cura ormonica. Ha ottenuto buoni risultati specialmente nei prostatici in primo stadio, ed in quelli nei quali contemporaneamente ai disturbi orinari è comparsa pure una diminuzione dell'attività sessuale. Nota che i preparati sintetici hanno un effetto più rapido e costante degli estratti testicolari.

BIANCARDI S. (Monza). — *Osservazioni sopra 16 casi di adenoma prostatico curati con sezione bilaterale dei deferenti.* — Presenta una breve statistica di 16 ammalati, tutti in gravi condizioni, tanto che era controindicata la prostatectomia, nei quali la sezione bilaterale dei deferenti ha portato ad un rapido miglioramento delle condizioni generali e ad un notevole ripristino della funzione vescicale e renale; effetti che si prolungano tuttora a parecchi mesi dall'intervento.

BONANOME A. L. (Roma). — *Cura ormonica dell'ipertrofia della prostata.* — Ha usato la terapia ormonica in 70 infermi, pur non avendo potuto seguirli tutti conferma l'innocuità della cura.

Nelle infezioni vescicali con ritenzione scarsa ha avuto solo insuccessi. Un solo infermo con cateterismo a permanenza ha ottenuto il ripristino della minzione.

Richiama l'attenzione sulla necessità di non perdere con le cure ormoniche un tempo utile per l'intervento e ritiene che gli infermi che giungono all'urologo dopo il trattamento ormonico giungano in peggiori condizioni degli altri, dato il periodo da questi inutilizzato nei tentativi di una cura con ormoni.

BRUNI P. (Napoli). — *Contributo clinico al trattamento ormonico della ipertrofia prostatica.* — L'O. sulla base di proprie esperienze cliniche giunge alla conclusione che l'ormonoterapia testicolare va considerata come il migliore dei trattamenti palliativi e coadiuvatori finora proposti per l'ipertrofia prostatica. Detto trattamento non è in grado di guarire la malattia, ma trova precise e numerose indicazioni nei casi iniziali, e in quelli inoperabili o che rifiutano l'ectomia chirurgica nella preparazione all'intervento e nella prevenzione di recidive dopo la resezione endoscopica.

COMINELLI GUARIGLIA E. (Napoli). — *Ulteriore contributo alla cura ormonica dell'ipertrofia prostatica.* — L'O. dopo aver riportato due casi di ipertrofia prostatica curati con terapia mista follicolo-testicolare ed uno curato con la sola terapia testicolare, riportandosi al suo primo lavoro sull'argomento, riferisce su i risultati ottenuti in numerose esperienze eseguite con preparati e tecniche diverse.

DE GIRONCOLI F. (Venezia). — *Terapia ormonica dell'ipertrofia della prostata.* — Le esperienze dell'O. con la ormonoterapia prostatica concordano in massima con le conclusioni del Relatore.

Fra i suoi dodici casi ebbe solo due insuccessi: in uno di questi, nel quale il residuo era di 100 cc. aumentò dopo l'ormonoterapia a 190 cc.; si trattava di un uomo di 68 a. con ipertrofia modica (1° stadio con urine limpide).

Il secondo caso riguarda un uomo di 58 a. al 1° stadio; 140 cc. di residuo, pressione Mx 350. Mn. 190. Dopo 14 giorni di ormonoterapia il residuo si ridusse a 35 cc. Dopo un'altro mese di cura a 15 cc. Il malato pareva sentirsi meglio quando improvvisamente venne a morte per emorragia cerebrale.

DI MAIO G. (Milano). — *Sulla ormonoterapia sessuale dell'ipertrofia prostatica.* — L'O. dal 1937 ad oggi ha praticato la ormonoterapia sessuale, in un primo tempo mista (endrostendione ed endofollicolina) ed in un secondo tempo solo con propionato di testesterone, in 61 pazienti. Di questi 21 erano affetti da prostatismo, 24 da ritenzione incompleta cronica asettica (circa cc. 200), 11 da ritenzione completa cronica e 5 da ritenzione con distensione ed iscuria paradossa.

Ha ottenuto miglioramento che non può dirsi definitivo nel 38 % dei pazienti affetti da prostatismo e nel 15 % di quelli operati di prostatectomia. In nessuno dei pazienti ha notato modificazioni apprezzabili dell'ipertrofia prostatica e in nessuno la scomparsa completa del residuo vescicale esistente.

Pertanto l'O., a parte l'abuso spesso dannoso della terapia ormonica, ritiene questa terapia di nessun efficacia nell'ipertrofia prostatica, e attribuisce il miglioramento del prostatismo alla normale evoluzione che questa sindrome può avere anche senza la cura ormonica.

LASIO G. G. (Milano). — *I primi risultati dell'ormonoterapia nel prostatismo.* — Riferisce su quaranta casi da lui trattati con ormone sessuale maschile sintetico. Non ha osservato speciali inconvenienti nè intolleranza. Nelle forme iniziali con disuria e senza ritenzione ha osservato attenuazione dei disturbi subbiettivi e miglioramento delle condizioni generali, che duravano tanto quanto la cura. Negli infermi con piccola ritenzione in nove casi scomparsa del residuo, persisteva però la disuria, in due casi risultati nulli. Negli infermi con ritenzione incompleta cronica e distenzione e in quelli con ritenzione completa cronica nessun risultato. Ha avuto poi dei miglioramenti funzionali in due casi di cancro della prostata ed in un caso di sclerosi del collo con residuo notevole che scomparve.

LILLA P. (Livorno). — *Osservazioni sulla terapia ormonica del prostatismo.* — L'O. considerando la sindrome urinaria prostatica come una delle tante manifestazioni della crisi di vecchiezza, ritiene che essa benefici dell'uso dell'ormone, solo in quanto ne beneficia la crisi stessa in generale e che il beneficio locale è visibile solo nei casi inizialissimi a residuo minimo ed asettico.

L'uso di questi ormoni permette di controllare con esattezza gli indici operatori e specialmente gli indici cardio-vascolari.

Migliorando in maniera non dubbia le condizioni generali, oltre che ampliare ed estendere le indicazioni chirurgiche, la terapia ormonica rende più tranquillo e più lieve il decorso operatorio.

MICHETTI G. e BARENGHI G. (Genova). — *Ricerca dell'ormone gonadotropo anteipofisario nel sangue dei prostatici.* — Gli OO. dopo aver brevemente ricordate alcune ipotesi sulla patogenesi ormonica dell'ipertrofia prostatica, recentemente prospettata in base ai successi della terapia con ormoni testicolari, prendono in esame la supposta iperattività gonadotropa anteipofisaria come fattore determinante la malattia.

Con metodo biologico ricercano nel sangue dei prostatici l'ormone gonadotropo. I reperti da loro ottenuti, qualcuno positivo, altri incerti, per la maggior parte negativi, possono far pensare che realmente esista nel sangue dei prostatici un aumento dell'ormone ricercato, spesso però a concentrazione insufficente ad essere svelato.

Ritengono tuttavia non ancora sufficentemente provato un nesso precipuo e diretto tra iperincrezione ipofisaria ed ipertrofia prostatica.

MINGAZZINI E. (Roma). — *Terapia ormonica nell'ipertrofia della prostata.* — Su oltre 200 infermi, il risultato in complesso è favorevole. In moltissimi il residuo diminuisce sino alla scomparsa, migliorano tutti i disturbi funzionali.

Su dei tagli seriali della prostata ha fatto delle notevoli constatazioni, concludendo che si tratta nella maggior parte dei casi di ipertrofia della vera prostata.

Con gli ormoni testicolari migliora il tono della muscolatura vescicale che forse si ipertrofizza.

NICOLICH. — *Cura ormonica dell'ipertrofia della prostata.* — Premette che non ha sufficente esperienza per valutare i risultati dell'ormonoterapia. Rileva però quanto sia difficile giudicare i risultati di tutte le cure non radicali, sia mediche che chirurgiche, della ipertrofia prostatica, perchè il decorso della malattia differisce molto da caso a caso e frequenti sono i miglioramenti delle manifestazioni cliniche indipendentemente da qualsiasi cura o in conseguenza delle comuni prescrizioni igienico-dietetiche e del trattamento col catetere.

L'O. ebbe già a mettere in evidenza quanto sopra in un suo lavoro pubblicato nella « Riforma Medica » del 1934.

Ricorda infine come discussioni simili alle attuali si erano già avute oltre 40 anni fa quando era stato proposto nella cura dell'ipertrofia prostatica la vasectomia od operazione di Steinach I.

NISIO G. (Bari). — *Risultati della terapia ormonica nella ipertrofia prostatica; felice associazione, in alcuni casi, della marconiterapia.* — Ricorda il trapianto del testicolo umano praticato, diversi anni fa in un ritenzionista completo nella Clinica chirurgica di Bari dal prof. Leotta. Elenca quindi i casi trattati con propionato di testosterone, i cui risultati sono stati assolutamente negativi nei prostatici di 3° stadio e felici in quelli di 1° stadio.

Ha associato la cura ormonica in prostatici epicistotomizzati e in altri resecati per via transuretrale e i risultati sono stati buoni. In casi infine di 1° stadio e inizio di 2° stadio, ma con fatti di flogosi più o meno marcata, ha associato con successo la marconiterapia, badando a non usare dosi prolungate, che in un primo momento aumentano la congestione e quindi la disuria.

PAVONE M. (Palermo). — *Gli ormoni sessuali nella ipertrofia prostatica.* — L'O. esamina le basi della teoria ormonica nella spiegazione della ipertrofia prostatica e non trova che ancora sia perfettamente dimostrato l'influenza della deficenza ormonica sullo sviluppo dell'adenoma, tanto più che precedenti esperienze avevano invece dimostrato l'influenza della castrazione sulla regressione dell'adenoma stesso.

Ad ogni modo, ulteriori ricerche sperimentali, praticate con criteri più precisi, dimostreranno se realmente la terapia ormonica potrà evitare l'insorgere dell'adenoma, ciò che dovrebbe verificarsi se la teoria è esatta.

Quanto alle applicazioni pratiche della terapia ormonica maschile, l'O., in base alle sue esperienze, non crede di poter affermare che questa abbia una influenza apprezzabile sul volume della prostata e sul fattore ritenzione.

Ha notato, bensì, che, in una notevole percentuale di casi, tale terapia esercita una benefica azione sullo stato generale dei pazienti e sul loro tono muscolare e, quindi, conseguentemente, può facilitare la minzione; però tali effetti sono stati transitori e legati alla durata della terapia, data la mancanza di modificazioni permanenti sull'albero urinario.

PELLECCHIA E. (Napoli). — *La cura dell'ipertrofia della prostata con gli ormoni sessuali.* — L'O. ha usato a preferenza il propionato di testosterone, ma ha sperimentato pure la follicolina sola o associata. In tutti i casi ha avuto miglioramento delle condizioni generali, miglioramento dei disturbi della minzione, riduzione del residuo.

Talora scomparsa di ritenzioni acute totali.

Ritiene che la cura sia assolutamente innocua e che possa essere impiegata con successo allo scopo di prevenire o arrestare la malattia ai suoi primi sintomi.

Pisani G. (Milano). — *Terapia ormonica nella ipertrofia prostatica e nelle ritenzioni vescicali di origine cervicale.* — Comunica i risultati ottenuti in 40 casi di prostatismo con un trattamento di ormone maschile sintetico (propionato di testosterone), sia usando dosi terapeutiche medie basate su 10 mm. pro die di propionato di testosterone, sia usando dosi cosiddette aggressive di 40 mm. di preparato pro die; i risultati sono identici; cioè a volte discreti miglioramenti sui sintomi subiettivi, però spesso saltuari, qualche rara volta (un caso solo su 40) riduzione notevole o scomparsa del residuo. Mai la prostata risulta ridotta nel suo volume. I casi più influenzabili dalla cura sono quelli all'inizio della malattia con scarso residuo asettico.

Invece l'effetto è sempre apprezzabile sullo stato generale e speciale sul sistema circolatorio, per cui questa terapia ha più che tutto ragione di rimanere come efficace complemento preparatorio della terapia radicale chirurgica.

Raimoldi G. (Roma). — *Sulla terapia ormonica nella ipertrofia prostatica.* — L'O. ha praticato la cura ormonica in 44 casi di ipertrofia della prostata: di questi 25 appartengono al reparto urologico del Policlinico gli altri alla pratica privata.

L'O. divide i prostatici in tre gruppi: 1° gruppo - prostatici con disturbi subiettivi consistenti in nicturia, pollachiuria, attesa nella minzione: in questi malati i preparati ormonici sia di estratti, sia sintetici hanno dato netto miglioramento; 2° gruppo - prostatici in episodio di ritenzione acuta: qui si è visto che l'uso di ormoni testicolari ha fatto scomparire ogni disturbo, riducendo il residuo a quantità insignificanti: ma in questo caso è difficile riconoscere quanto sia dovuto ai preparati ormonici, quanto all'uso del catetere, ai lavaggi, ecc.; 3° gruppo - prostatici con disturbi subiettivi più notevoli con distensione vescicale e residuo notevole: in questi casi poco o nulla si è ottenuto dall'uso di preparati ormonici.

In tutti i malati il volume dell'addome prostatico non ha subìto modificazioni con la cura.

L'O. conclude che nei casi di ritenzione acuta, nei casi recenti con scarso residuo la cura ormonica deve essere tentata e spesso si avrà esito favorevole. Nei casi con ritenzione notevole, di vecchia data la cura ormonica potrà essere adoperata per porre i malati in condizioni ideali per l'intervento chirurgico, unica radicale e vera terapia della ipertrofia prostatica.

Ravasini S. e San Martino N. (Padova). — *Cura ormonica dell'ipertrofia della prostata.* — Gli OO. riferiscono i risultati avuti in circa 40 prostatici trattati con ormoni sessuali e in base ad alcune loro osservzioni esprimono una ipotesi sul meccanismo dell'azione terapeutica esplicata dagli ormoni sessuali maschili e femminili.

Scandurra S. (Roma). — *Risultati della cura ormonica nell'ipertrofia prostatica.* — L'O. riporta 20 casi di ipertrofia prostatica trattati con preparati ormonici. Dieci di essi, giudicati forme iniziali di displasia prostatica in soggetti relativamente giovani con scarsa sintomatologia clinica hanno realmente beneficato dell'ormonoterapia. Negli altri dieci giudicate forme avanzate, in soggetti vecchi — con residuo vescicale cospicuo — l'ormonoterapia ha avuto un effetto molto modesto.

In un caso così trattato ha lamentato qualche inconveniente. Il problema vitale da risolvere secondo l'O. è di decidere fino a che punto noi siamo autorizzati a sostituire la cura chirurgica con quella endocrina.

Sorrentino M. (Napoli). — *Terapia ormonica dell'ipertrofia prostatica.* — L'O. riferisce quelli che in base alla sua personale esperienza possono ritenersi i limiti e le indicazioni dell'ormonoterapia dell'ipertrofia della prostata. Le indicazioni sono vaste, ma benefici e reali effetti si ottengono solo nei prostatici iniziali, o a modico residuo, indipendentemente dal volume delle masse adenomatose. In alcuni casi ha sperimentato l'associazione della marconiterapia con la somministrazione di estratti sintetici testicolari, e ne ha avuto favorevoli risultati.

Stefani F. (Lendinara). — *Azione di estratti di prostata sulla diuresi e sulla calcemia.* — L'estratto di prostata modifica leggermente il tasso calcemico, il più spesso aumentandolo, ed in modo più evidente nelle femmine che nei maschi; riduce l'azoto escreto con le urine senza modificare la diuresi.

(Continua). Dott. Alberto Oberholtzer.

R. Accademia di Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 7 dicembre 1938

Presidente: Sen. Prof. G. SALVI

L'aponevrosi prescalenica e i suoi rapporti coi nervi.

DONADIO N. — L'O. riferisce i risultati delle sue ricerche sulla aponeurosi prescalenica, eseguite mediante iniezione sotto di essa con la massa di Teidmann (carbonato di calcio in etere); questo metodo rende possibile di rilevare fatti che non si possono mettere in luce con la comune dissezione.

La ricerca venne eseguita dapprima per studiare in che modo si comporti la detta aponeurosi nei rapporti del nervo frenico, in quanto che qualche autore ha sostenuto che il frenico, dopo essere rimasto per buona parte del suo decorso sotto la fascia scalenica, a un certo punto perfori la guaina per entrare nel torace.

L'O., dopo avere strappato il nervo frenico come nella frenicoexeresi alla Felix, ha iniettato sotto la fascia una certa quantità di massa di Tiedmann, per cercare di precisare in modo definitivo il rapporto del nervo con la fascia. Ha visto, invece, la massa prendere senz'altro sotto la fascia il posto del frenico; anzi, arrivata all'ingresso del torace, avviarsi per una specie di canale che aveva in tutto e per tutto il decorso del n. frenico e che si prolungava nel mediastino fin quasi all'altezza della terza costola, punto in cui il frenico era stato strappato.

Inoltre ha constatato che lo stesso comportamento assume la fascia nei riguardi dei cordoni nervosi del plesso brachiale, in quanto fornisce a ciascuno di essi una guaina che li accompagna sotto la clavicola e anche più in là fin verso l'ascella.

La fascia scalenica, dunque, dopo aver rivestito i nervi che decorrono al disotto di essa, forma loro una guaina che li accompagna abbastanza lontano dalla loro origine.

Il contrario avviene coi vasi: questi ultimi a torto da alcuni AA. sono ritenuti sottofasciali. L'arteria cervicale ascendente, la trasversa del collo e quella della scapola, che hanno rapporti col nervo frenico, decorrono invece al di sopra della fascia, nè la fascia fornisce guaina alla succlavia.

Ematomi e flemmoni cronici profondi della parete addominale, di difficile diagnosi clinica.

BALICE G. — L'O. illustra due casi di ematomi profondi della parete addominale secondari ad emorragia dell'arteria epigastrica nel corso di intervento per la cura radicale di ernie inguinali. Differenzia gli ematomi spontanei da quelli provocati dai punti di vista anatomico e clinico, studia la patogenesi della rottura dei vasi epigastrici e delle loro ramificazioni, stabilisce la sede della raccolta ematica nella guaina dei retti e nel grasso preperitoneale, richiama l'attenzione sulle possibili cause di emorragia tardiva e soprattutto si ferma sulla difficoltà della diagnosi, che, spesso, è errata, perchè i dati semeiologici fanno pensare al tumore maligno.

Studia, inoltre, un caso di flemmone cronico profondo paravescicale, che aveva mentito il tumore maligno, illustrando il quadro clinico con dati anatomici molto particolareggiati della regione, e la patogenesi con elementi perfettamente accettabili.

Azione della follicolina, del fattore gonadotropo dell'urina gravidica e della vitamina B_1 sull'accrescimento e sull'evoluzione delle larve di "Bufo Vulgaris".

MORACCI E. — L'O. ha studiato l'azione della follicolina (Gynoestryl), del fattore gonadotropo dell'urina di gravida (Pregnyl) e della vitamina B_1 (VitaB_1) sull'accrescimento e sull'evoluzione delle larve di « Bufo Vulgaris ». ha osservato, per effetto della follicolina, netta azione ostacolante sull'accrescimento e sulla metamorfosi; invece il pregnyl e la vitamina B_1 pur avendo indotto accrescimento un po' più limitato e leggero ritardo della metamorfosi rispetto ai controlli, hanno tuttavia consentito la completa evoluzione di un numero di larve uguale e talora superiore a quello dei controlli.

Ricerche sulla vena frontale.

GIMIGLIANO ARGENTINO A. — L'O., specialmente ai fini dell'anatomia artistica, ha intrapreso ricerche intese a stabilire mediante dissezioni anatomiche i rapporti della vena frontale con l'angolare e la facciale, a stabilire le vie di comunicazione con le vene dell'orbita sia della frontale che dell'angolare, a stabilire i rapporti della frontale e dell'angolare con il muscolo frontale, col muscolo orbicolare intestinale di montone (della quale è costituito il catgut), inoltre nel vivente le varie disposizioni della vena frontale previo ingorgo funzionale o durante gli stati emotivi o di lavoro, determinando altresì con quali rughe della fronte e perciò con la contrazione di quale muscolo sia concomitante l'ingorgo.

Ricerche sul potere antigene del catgut.

GILIBERTI P. — L'O. ha ricercato se in cavie trattate con catgut era possibile mettere in evidenza una ipersensibilità all'estratto di muscolare intestinale di montone (dalla quale è costituito il catgut) ed ai sieri di montone, bue, cavallo; all'uopo si è servito del metodo di Battelli-Friedberger. Avendo ottenuto risultati completamente negativi, l'O. ha cercato se fosse attribuibile alla sterilizzazione col calore o con lo iodio la perdita del normale potere antigene delle proteine della muscolare intestinale di montone. Ha perciò eseguito ricerche in tal senso, ottenendo la completa conferma dell'ipotesi avanzata. L'O. quindi conclude negando che gli operati precedentemente trattati con sieri eterogenei possano presentare una specifica ipersensibilità alle proteine del catgut.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Colecistopatie e malattie pregresse.

G. Bazzocchi e G. Conti (*La Clinica chirurgica*, settembre 1938) hanno ricercato i precedenti anamnestici in 1200 soggetti sicuramente colecistopazienti allo scopo di ricercare se alcune malattie o particolari condizioni possano avere una certa importanza nel determinismo delle colecistopatie.

Le affezioni della colecisti, distinte nei 2 grandi gruppi di forme calcolose e forme non calcolose, risultano nella statistica degli Autori molto più frequenti nelle donne che negli uomini (rapporto di 10 contro 1); inoltre nel sesso femminile le forme calcolose sono più frequenti di quelle alitisiache, mentre accade il contrario per il sesso opposto. L'età maggiormente colpita oscilla tra i 25 e i 50 anni.

Tra i precedenti anamnestici dei pazienti gli Autori non hanno preso in considerazione eventuali gravidanze perchè ciò è stato oggetto di un recente lavoro di Bendandi della loro stessa scuola di Bologna.

Riguardo alle malattie riscontrate nell'anamnesi dei soggetti in esame è risultato che l'appendicite (12,08 %), il tifo (10,08 %), la pleurite (7,25 %) e l'annessite (5,20 %) sono state le più frequenti.

L'associazione dell'appendicite con le colecistopatie è stata messa in evidenza già da molti Autori ed è ormai nota a tutti la concezione del Leotta sulla « sindrome addominale destra »; occorre però ricordare l'eventualità non rara che una colecistite possa simulare un processo appendicolare, si che una appendicectomia risulti inefficace ed in secondo tempo si manifesti chiaramente una sindrome colecistitica che non ha alcun rapporto con le supposte precedenti lesioni appendicolari. Si deve inoltre segnalare la maggior frequenza della associazione di una lesione appendicolare ai casi di colecistopatia alitiasica.

Anche la precedenza di una infezione eberthiana ad una colecistopatia è stata rilevata da molto tempo: è ormai assodato che con grandissima frequenza nei tifosi vi è una batteriocolia e che, a processo acuto guarito, il bacillo del tifo può restare per molti anni ospite delle vie biliari e rinvenirsi nell'interno di calcoli che in seguito si siano formati. In favore di questa asserzione sta la percentuale lievemente superiore di positività di questo dato anamnestico nelle forme calcolose in confronto a quelle alitiasiche.

La frequenza della pleurite nei precedenti anamnestici dei colecistopatici, messa in evidenza dal Campanacci, è stato oggetto di studio del Ruggeri il quale pensa che vi possa essere possibilità di successioni morbose pleuro colecistiche solo quando si possano escludere con certezza pregresse o concomitanti lesioni viscero perivisceritiche dell'addome.

Nelle donne poi, data l'importanza dei fenomeni uteroovarici quali favorenti le affezioni delle vie biliari specialmente attraverso squilibri del ricambio colesterinico, non fa meraviglia la frequenza delle annessiti nei precedenti anamnestici delle colecistopazienti, anche perchè potrebbe avere importanza il fattore infettivo attraverso la ricca rete linfatica che unisce la regione utero-ovarica con la regione sottoepatica. F. TOSTI.

Il trattamento chirurgico delle malattie delle vie biliari.

Indicazioni condizionate per l'asportazione della cistifellea sono l'accumularsi di coliche, accompagnate da febbre moderata e specialmente da brividi; indicazioni assolute sono l'empiema, la minaccia di perforazione e la chiusura del coledoco. Bimler (*Med. Klin.*, 5 agosto 1938) in una rivista sintetica sull'argomento mette in guardia contro l'asportazione di cistifellee bene funzionanti, nella chiusura spastica del cistico e del coledoco, in quanto che in tali casi, si deve contare su notevoli disturbi residui. La mortalità, se l'operazione è fatta a tempo, è del 2 %, mentre nei casi che si sono trascinati a lungo arriva al 40 %. Nei disturbi residui discinetici ed in quelli della digestione dei grassi, si tenterà una cura con le sostanze ormono-simili della parete della cistifellea. *fil.*

L'olio di oliva nelle affezioni della regione sottoepatica.

L. Meunier (*Paris méd.*, 4 gennaio 1939) dimostra che l'insufficienza della secrezione alcalina duodenale e specialmente quella della secrezione biliare sta alla base della patogenesi della dispepsia e dell'ulcera duodenale. Una terapia razionale, deve quindi proporsi di eccitare tale secrezione ed essa può applicarsi a tutti i casi patologici derivanti dall'insufficienza biliare qualitativa e quantitativa, sia che si voglia agire sulla cellula epatica o sulla contrazione della cistifellea. Oltre alla dispepsia ed all'ulcera duodenale, tale terapia potrà essere diretta anche a tutti i casi di litiasi biliare, di colecistite calcolosa o non, di pericolecistite, di atonia della cistifellea.

Per lottare contro questi stati, la terapia moderna ha pensato a sostituire la bile deficiente mediante dei preparati a base di bile o di estratti biliari. Tale terapia, però, sembra illogica; è difficile il sostituire con un medicamento il litro di bile che si versa quotidianamente nell'intestino ed anche vi si arrivasse, si finirebbe con l'indebolire la secrezione ghiandolare.

In questi casi, invece, la somministrazione di olio di oliva costituisce la sola terapia logi-

ca, in quanto che esso forza l'organo a compiere la sua funzione fisiologica.

Esso, del resto, è già stato da tempo prescritto ed usato in varie affezioni del genere, gastro-duodenali, litiasi biliare. Esso agisce simultaneamente diminuendo la secrezione gastrica ed aumentando quella biliare.

L'A. lo prescrive, con aggiunta o non di succo di limone, a dosi varianti da uno a 4 cucchiai, di preferenza al mattino o fra i pasti.

fil.

Sulla classificazione delle nefriti.

Nel n. 46, 14 novembre 1938 da « Il Policlinico » è stata pubblicata una recensione del lavoro di Chabanier e Lobo-Onell sulla classificazione delle nefriti comparso ne « La Presse Médicale » del 27 agosto.

In quel lavoro gli Autori si mostravano fautori della classificazione delle nefriti proposta da Volhard e Fahr, criticando le classificazioni proposte da altri Autori, tra le quali quella di Rathery e Froment.

Ora Rathery (*Presse Méd.*, 5 novembre 1938) ribatte a Chabanier ed a Lobo-Onell di aver criticata la sua classificazione senza conoscerla o almeno senza averla compresa; espone perciò nuovamente la sua classificazione ed i principi che l'hanno ispirata.

Tre sono i principi su cui si basa la classificazione di Rathery e Froment:

a) distinzione tra lesioni e disturbo funzionale e ciò permette di distinguere la nefropatia semplice dalla nefrite;

b) asinergie funzionali e ciò permette di stabilire le diverse forme di queste nefriti;

c) ripercussione della lesione renale sull'organismo.

L'idea direttrice quindi della classificazione di Rathery e Froment è data dallo stato delle funzioni del rene, in quanto il rene può essere leso e tuttavia non presentare disturbi delle sue funzioni.

Rathery e Froment cominciano col distinguere le *nefropatie semplici* (in cui non esistono disturbi funzionali e la lesione renale si manifesta soltanto con alcuni sintomi di origine renale come l'albuminuria, l'ematuria, l'ipertensione, ecc.) dalle *nefriti* (le quali invece sono caratterizzate da disturbi delle funzioni renali). Siccome poi le funzioni renali sono molteplici e possono essere lese separatamente (asinergie funzionali), le nefriti si distinguono in: 1) nefrite con insufficienza *isolata* in cui una sola delle funzioni è lesa; 2) nefrite con insufficienze *associate* in cui parecchie funzioni sono alterate; 3) nefrite con insufficienze *globali* in cui tutte o quasi tutte le funzioni sono deficienti.

F. TOSTI.

Acariosi delle vie urinarie?

Secondo Pfaffenberg-Konischewsky (*Klin. Wsch.*, n. 16, 1937), il problema della possibilità di una infezione da acari come endoparassiti non è risolto definitivamente. Pare sperimentalmente escluso che acari possano passare vivi per il tubo digerente. Invece si sente spesso di reperti di acari morti emessi con urine, spontaneamente o in seguito a manovre urologiche. Gli AA. considerano tali reperti come spurii, trattandosi di cadaveri seccati di acari provenienti dalla paglia o ovatta grezza che involgeva gli strumenti, sterilizzati con gli strumenti stessi.

Nella letteratura esiste un caso di reperto di acari viventi nell'orina di un giavanese, malato di scabbia e affetto di cistite, che si cateterizzava da sè da anni per farsi dei lavaggi. In questo caso è evidente la provenienza degli acari dell'esterno mediante strumenti. Gli AA. hanno invece avuto occasione di osservare 2 casi in cui appare possibile, anzi assai probabile, che gli acari stessi siano stati gli agenti della affezione delle vie urinarie.

In un caso si trattava di donna di 20 anni affetta da pielite nella quale non erano mai stati praticati esami endoscopici, in cui si riscontrò al cateterismo degli ureteri, praticato a scopo diagnostico, fuoriuscita di acari vivi da ambedue gli ureteri.

Gli acari appartenevano alla specie Tyroglyphus.

Lo stesso reperto si ebbe in un fornaio di 26 anni affetto da pielonefrite e ascesso pararenale.

Pur non potendo riferire con sicurezza agli acari trovati, le sindromi dei paz., gli AA. ritengono assai probabile che si sia trattato in questi due casi di endoparassitismo da acari.

ALDO CALÒ.

MEDICINA SOCIALE

L'assistenza alla maternità ed infanzia in Ungheria.

Come riferisce L. Keller (1) questa Associazione (Landes Stephanie Bund) venne fondata in piena guerra, nel 1915 ed ufficialmente riconosciuta dal Ministero dell'Interno nel 1917, per l'assistenza alla Maternità ed Infanzia. Col graduale ristabilirsi delle normali condizioni di vita, si venne poi ampliando, intensificando poi il suo lavoro fino a raggiungere l'attuale sviluppo. Essa ha ora uffici in tutti i Comuni con più di 6000 abitanti; agli altri, con popolazione minore, provvede l'Istituto di Sanità pubblica.

L'Amministrazione centrale provvede al controllo amministrativo ed a quello del lavoro nelle organizzazioni locali, sotto la direzione di medici e con la cooperazione di assistenti sanitarie ed organizza il lavoro di propaganda per mezzo di affissi, di libri ed opuscoli, di conferenze e dimostrazioni e con una rivista,

(1) LUDWIG KELLER. Bericht ueber die Tätigkeit des Londes Stephanie Landes im Jahre 1937. Kalocza, 1938.

che si pubblica dal 1928. Nel 1937, sono state tenute 3813 conferenze, distribuiti oltre 60.000 affissi e varie diecine di migliaia di libri ed opuscoli.

Dipendono poi dall'Amministrazione centrale l'Istituto Regina Zita (che provvede all'assistenza sociale, materiale, morale e legale delle madri), la fornitura di latte, il Riparto ginecologico-ostetrico ed i corsi d'istruzione per le infermiere e per l'assistenza materna ed infantile.

Analoghi provvedimenti vi sono per le province, con 316 filiali, 319 posti di assistenza, 14 case per le madri, 50 per gli storpi, 21 maternità, 4 ospedali per poppanti e bambini, 599 medici, 728 assistenti sociali, 35 levatrici. Si provvede anche alle colonie estive ed ai bagni di luce.

La feconda opera di questa bella istituzione ha già dato tangibili risultati, nella diminuzione di mortalità infantile, nei distretti dove si svolge questa attività; altro benefico effetto è stato che l'abbassamento della natalità è stato inferiore in questi distretti che in quelli dove l'Associazione non esplica la sua azione.

fil.

LABORATORIO

L'applicazione dei terreni di Petragnani per la ricerca e per la differenziazione del bacillo di Koch nelle meningiti tubercolari.

C. Abba (*Pathologica*, 15 dicembre 1938) ha tentato in 20 casi di meningite tubercolare la ricerca e la differenziazione del b. di Koch dal liquor, servendosi dei terreni di Petragnani. Questi infatti ha proposto due terreni diversi, uno con glicerina al 5 % ed un altro con cera vergine all' 1 %, ed avverte che in pratica si può ritenere che: se da un materiale patologico seminato in tubi di terreno con glicerina ed in altri con cera vergine si ha sviluppo abbondante e precoce in terreno glicerinato o in entrambi i terreni, il ceppo di tubercolosi è di tipo umano; se lo sviluppo insorge prima o solo sul terreno con cera, il ceppo è di tipo bovino.

L'A. ha potuto isolare in tutti e 20 i suoi casi ceppi di bacillo tubercolare; di questi 20 ceppi isolati 9 avevano caratteristiche culturali precise del tipo umano, 9 quelle del tipo bovino, anche dopo prolungata osservazione. Due ceppi, che in cultura, per il loro sviluppo nei due terreni alla cera e alla glicerina non si presentavano chiaramente differenziabili, furono sottoposti a prova biologica nel coniglio: questa prova ha mostrato per uno caratteri del ceppo bovino, per l'altro caratteri poco chiari tali da farlo ascrivere ai ceppi detti di transizione.

Nessuna differenza si è potuta accertare relativamente al contegno del liquor, all'età dei malati, al loro sesso ed al decorso clinico a seconda che si trattava di casi dovuti al tipo cerofilo (bovino) o al tipo glicerinofilo (umano).

F. TOSTI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Rapporti tra stato dei reni ed ipertensione arteriosa.

L. Langeron ed R. Dehouck (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 13 novembre 1938) esaminano i rapporti tra rene ed ipertensione dai vari punti di vista anatomo-patologico, clinico, sperimentale, fisio-patologico e terapeutico concludendo che le recenti acquisizioni confermano e precisano l'importanza classica del rene nella ipertensione, giacchè il rene può determinare l'ipertensione od esagerarla. Ogni ipertensione, di una certa intensità e durata, si accompagna a disturbi funzionali ed organici del rene: perciò ogni terapia che agisca sul rene può migliorare notevolmente l'ipertensione facendo sparire una .delle sue cause di aggravamento.

F. TOSTI.

VARIA

Visita medica ad Alessandro Manzoni.

R. Bettica (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 13 novembre 1938) ricorda le sofferenze di cui era vittima Alessandro Manzoni e di cui egli stesso si lamentava nelle sue lettere private ad amici. Sentiva delle inquietudini, delle angosce che gli procuravano scoraggiamenti ed agitazioni insopportabili: mal di nervi, egli diceva; il male di un'anima irrequieta e scontenta d'artista, unita ad una salute cagionevole continuamente. Stanchezze strane lo snervavano, una perenne malinconia lo occupava, paure sconosciute lo tormentavano; aveva paura quando sentiva entrare qualcuno in casa, sopratutto se era uno sconosciuto, sentiva le minime variazioni di temperatura, non poteva attraversare da solo una piazza sicchè, passeggiando, doveva rasentare i muri. Ma pure con tali sofferenze, la sua anima non ne soffrì. Semplice e bonario, seppe rimanere padrone di se stesso e la sua arte non seppe il grande tormento della sua vita rimanendo pura e sana, serena e gentile.

F. TOSTI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

R. RUGGERI. *Sindrome di Laurence-Moon-Biedl-Bardet.* Tip. Pansini, Napoli, 1938.

G. A. CHIURCO. *L'organizzazione ed il funzionamento in A. O. I. dell'ospedale chirurgico da campo 185 « Benito Mussolini ».* Tip. S. Bernardino, Siena, 1938.

ID. *Contributo alla chirurgia cranica: ematoma intracerebrale.* Tip. S. Bernardino, Siena, 1938.

A. ROMANO. *I portatori e le infezioni latenti fattori epidemiologici della poliomielite anteriore acuta.* Tip. Nicolai, Firenze, 1938.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Provvedimenti varî.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato una circolare n. 155, in data 20 novembre 1938-XVII sugli *ambulatori gestiti dai medici condotti* e sulle *visite al domicilio dei medici condotti*, ed una circolare n. 169, in data 15 dicembre 1938-XVII, sulle *denunzie dei casi di aborto*.

Le due circolari sono riportate integralmente in « Forze Sanitarie » del 31 gennaio. Ci esimiamo dal pubblicarle, in quanto tale periodico va inviato d'ufficio a tutti i colleghi.

CONCORSI.

Posti vacanti.

APUANIA. *R. Prefettura.* — Direttore della Sez. med.-micrograf. del Laboratorio prov. d'igiene e profil.; titoli ed esami; L. 18.000 e 10 bienni ventes., c. v., partecipaz.; tasse L. 50,20. Chiedere copia del bando. Scad. 60 giorni dal 30 dicembre.

LITTORIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Concorso, per titoli ed esami, a tre posti di direttore delle Sezioni Dispensariali: *a*) GAETA-FONDI; *b*) PRIVERNO-TERRACINA; *c*) FORMIA-MINTURNO.

Stipendio annuo L. 11.340, indennità servizio attivo L. 2160, tutto al lordo ritenute di legge

Per il posto di direttore delle Sezioni Dispensariali di GAETA-FONDI, sino a quando non sarà istituita la Sezione Dispensariale di Fondi, i predetti assegni saranno ridotti a L. 8856 lorde per stipendio e L. 2160 lorde per indennità servizio attivo. Età massima anni 40, Diploma di laurea medicina-chirurgia conseguito prima del 31 dicembre 1924 o diploma abilitazione esercizio professione conseguito da almeno due anni data bando.

Certificato di iscrizione anno 1939 nell'Albo Sindacale Medici-Chirurgi. Assunzione entro trenta giorni dalla partecipazione della nomina.

Scadenza per tutti i tre posti il 14 aprile 1939-XVII, ore diciotto. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Littoria.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorsi per titoli ed esami ai seguenti posti: primario medico direttore alla Succursale di Cernusco sul Naviglio per cronici, stip. L. 24.000, indennità resid. L. 4500, alloggio ecc.; primario oculista, stip. L. 7850; per i due posti età limite 45 a.; aiuto chirurgo, stip. L. 6450 oltre L. 3000 indenn. trasf.; 5 posti di assistente medico-chirurgo, stip L. 5600 e L. 360 serv. att.; per gli ultimi 6 posti età limite 35 a. Aumenti. Tassa L. 50. Chiedere copie degli avvisi di concorso. Rivolgersi al Protocollo (via Ospedale, 5). Scad. ore 16 del 28 marzo.

PIACENZA. *Consorzio Prov. Antitubercolare.* — Medico direttore della Sezione dispensariale. Lire 12.800 e 5 quadrienni dec., trasferte, ecc. Scad. ore 17 del 31 marzo. Titoli ed esami. Chiedere annunzio alla Segreteria, presso l'Amministrazione provinciale.

REGGIO EMILIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico nel dispensario prov.; titoli ed esami; stip. L. 12.000 oltre indenn. serv. att. L. 2 mila; è consentito il libero eserc. Scad. ore 18 del 31 marzo. Chiedere annuzio. Rivolgersi alla Segreteria.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Con notificazione in data 8 dicembre 1938, pubblicata nella « Gazzetta ufficiale » n. 22 di quest'anno, è stato indetto un concorso per esami a 25 posti di tenente medico in S. P. E. nel corpo sanitario militare marittimo.

Le domande di ammissione al concorso, redatte su carta bollata da lire sei, dovranno pervenire al Ministero — Direzione generale del personale e dei servizi militari, divisione stato giuridico — entro il 28 marzo 1939, corredate dei documenti prescritti dalla notificazione stessa

TRIPOLI. *R. Prefettura.* — Concorso a posti di medico condotto per i Municipi di Savratha, Zavia (condotte al Villaggio Oliveti e al Villaggio Bianchi e Giordani), Tagiura (condotta a Castel Benito), Azizia, Jefren (condotte a Jefren e Giado), Nalut (condotte a Nalut e Gadames), Mizda.

Le prime quattro condotte appartengono alla 3ª categoria con stipendio base annuo di L. 15 mila e con diritto a 5 aumenti quadriennali di 1/10. Le altre sei appartengono alla 4ª categoria, con stipendio base annuo di L. 16.000 e con 5 aumenti quadriennali. Le indennità coloniali e di famiglia verranno corrisposte nella stessa misura spettante agli impiegati statali di pari stipendio. Gli stipendi e le indennità sono soggetti alle ritenute di legge.

Gli aspiranti al concorso, che non devono aver superato i 34 anni di età, dovranno far pervenire alla R. Prefettura di Tripoli, entro il 15 marzo 1939-XVII, domanda in carta da bollo da lire 4 corredata dai documenti di rito. Il limite di età può essere elevato come di consueto.

Al concorso possono anche partecipare, indipendentemente dal limite di età, i medici che prestino servizio nelle Colonie italiane e i sanitari condotti nominati in seguito a concorso che si trovino in servizio in Colonia.

L'esame consiste in due prove pratiche, di cui una di medicina e l'altra di chirurgia ed ostetricia.

UDINE. *Ospedale Civile.* — All'8 marzo, ore 18, concorso per titoli ed esami, al primariato di anatomo-istopatologia; L. 20.000 e 5 bienni dec., oltre indenn. carica L. 6000, partecipaz.; è inibito l'esercizio profess. Età limite 45 a. al 21 genn. Chiedere annunzio. Rivolgersi all'amministraz.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Dirigente dell'ambulatorio-dispensario stomatologico; alle ore 17 del 27 marzo; età limite 45 a. al 21 genn.; assegno annuo L. 5000. Chiedere avviso. Rivolgersi al Protocollo degli Ospedali. Tasse L. 50,20.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Alle ore 17 del 1° maggio, primario della Divisione Chirurgica III; età limite 45 a. al 30 genn.; assegno annuo lire 6000; tasse L. 50.

Alle ore 17 del 24 aprile, aiuti presso le Divisioni Mediche I e II ed Otorinolaringoiatrica; età limite 35 a.; assegno annuo L. 4800

Rivolgersi al Protocollo. Chiedere copia del bando.

RR. Prefetture

Sono aperti i concorsi di seguito indicati:

Condotte mediche nelle province di:

Firenze, per 10 posti, scad. 15 aprile;
Lecce, per 12 posti, scad. 31 marzo;
Livorno, per 8 posti, scad. 31 marzo, ore 18;
Lucca, per 6 posti, scad. 31 marzo;
Messina, per 4 posti, scad. 30 aprile, ore 12;
Parma, per 4 posti (di cui 1 nel capol.), scad. 31 marzo;
Pesaro, per 17 posti, scad. 31 marzo;
Rieti, per 4 posti, scad. 30 maggio;
Torino, per 10 posti (3 nel capol.), scad. 30 maggio;
Verona, per 12 posti, scad. 30 apr., ore 12.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi, Sez. med.-micrograf., nelle province di:

Lucca, per assistente, scad. 31 marzo;
Pavia, per assistente, scad. 31 maggio, ore 12;
Potenza, per coadiutore, scad. 31 marzo, ore 18.

Concorsi a premi

Premio « Guido Banti ».

La R. Università degli Studi di Firenze bandisce un concorso per il premio biennale « Guido Banti », istituito coi proventi del fondo raccolto dal dott. Silvio Dessy, allievo del prof. Guido Banti, fra i medici di Buenos-Ayres per onorare la memoria del Maestro, da conferirsi al miglior lavoro originale sopra argomenti di anatomia o istologia patologica a preferenza con indirizzo etiologico e patogenico.

Possono partecipare al concorso studiosi italiani regnicoli o non regnicoli o argentini, purchè le ricerche sieno state eseguite in Istituti italiani o argentini.

I lavori debbono essere scritti in italiano e presentati in cinque copie.

Si possono presentare al concorso anche lavori già pubblicati, purchè non antecedenti di due anni alla chiusura del bando di concorso.

I concorrenti dovranno presentare entro il 30 giugno 1939-XVII alla Segreteria della R. Università: *a*) domanda al Rettore in carta legale da L. 4; *b*) certificato di cittadinanza italiana o argentina. I lavori saranno indirizzati al Rettore della R. Università di Firenze e dovranno essere recapitati non oltre la mezzanotte del termine sopra indicato.

Il premio ammonta a L. 5000, è unico ed indivisibile.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Felice Perussia, direttore dell'Istituto di Radiologia della R. Università di Milano, è nominato membro d'onore della Società svizzera di Radiologia.

Sono stati abilitati alla libera docenza i dottori: Gaetano Del Vecchio e Giovanni Labranca in igiene; Pietro Ambrosioni in batteriologia; Gaetano Mascia in clinica ostetrica e ginecologica; Claudio Parzani in patologia spec. chirurgica e propedeutica clinica.

NOTIZIE DIVERSE

Corsi di aggiornamento per medici stranieri.

L'I.R.C.E. (Istituto Nazionale per le Relazioni Culturali con l'Estero) ha organizzato dei Corsi di aggiornamento di cultura medica generale per medici stranieri (1). Essi verranno tenuti probabilmente ogni anno, con diverso programma. Nel 1939, essi avranno luogo dal 5 al 22 giugno. Durante le prime due settimane i corsi avranno luogo a Roma, e nella terza settimana a Bologna, Pavia e Milano.

Per quest'anno le materie d'insegnamento sono state scelte fra quelle dove la scienza italiana si è particolarmente affermata ed ha assunto una posizione originale, sia per le idee dei suoi cultori sia per le realizzazioni nell'applicazione pratica.

Il programma comprende:

a) sei brevi corsi, di 6-8 ore ciascuno: Chirurgia (Paolucci, Roma); Ematologia (Ferrata, Pavia); Malariologia (G. Bastianelli, Roma); Ortopedia (Dalla Vedova, Roma. Putti, Bologna); Tisiologia (E. Morelli, Roma); Medicina corporativa (Petragnani, Roma);

b) una serie di conferenze su argomenti scientifici: (Raffaele Bastianelli, Castellani, Frugoni, Gemelli, Margaria, Pende, Preti, Rondoni);

c) alcune conferenze su argomenti di organizzazione sanitaria e di previdenza sociale; Attività dell'O.N.M I.; Protezione sanitaria della G.I.L.; Bonifica integrale, ecc.;

d) una serie di visite a Istituti scientifici e ad opere di realizzazione nel campo della medicina sociale, di cui sarebbe troppo lungo dare una lista. Citeremo solo le escursioni nell'Agro Romano e nell'Agro Pontino.

I corsi saranno tenuti in lingua italiana, ma verranno distribuiti eventualmente riassunti delle lezioni e delle conferenze in lingua straniera; su domanda dei partecipanti un interprete sarà a loro disposizione.

La tassa d'iscrizione è di lire 300 e comprende le escursioni nell'Agro Romano e nell'Agro Pontino. Gli iscritti hanno diritto a tutte le facilitazioni di cui beneficiano i partecipanti ai corsi di lingua e cultura per stranieri organizzati dall'I.R.C.E.

Per le iscrizioni (aperte fino al 1° maggio 1939-XVII) e i programmi dettagliati, rivolgersi all'I.R.C.E. (via Lazzaro Spallanzani, 1-A, Roma).

Roma, 30 gennaio 1939-XVII.

Congressi e convegni.

Il 3° Congresso internazionale di neurologia è indetto a Copenaghen dal 21 al 25 agosto, sotto il patronato di S. M il Re di Danimarca e d'I-

(1) È opportuno ricordare che da varii anni si tengono in Italia Corsi superiori di Tisiologia e di Malariologia per medici stranieri. Il Corso estivo di Tisiologia per stranieri ha luogo all'Istituto « Carlo Forlanini » sotto la direzione del prof. E. Morelli dal 15 luglio al 15 ottobre.

Il Corso internazionale di Malariologia ha luogo dal 24 luglio al 20 settembre all'Istituto di Malariologia « Ettore Marchiafava » in Roma, sotto la direzione del prof. G. Bastianelli.

Per eventuali informazioni rivolgersi al Servizio di Medicina, Biologia e Igiene dell'I.R.C.E.

slanda; presidente effettivo ne sarà il prof. Viggo Christiansen. Nell'Ufficio di presidenza l'Italia è rappresentata dal prof. V. M. Buscaino (Catania); tra i relatori è il prof. G. C. Riquier (Pavia). Lingue ufficiali: francese, inglese, italiano, spagnolo e tedesco. Temi in discussione: « Il sistema endocrino vegetativo e la sua importanza in neurologia »; « Le malattie ereditarie del sistema nervoso dal punto di vista della genesi »; « Problemi riguardanti le avitaminosi in relazione col sistema nervoso periferico ». Sono in programma trattenimenti e gite. Quote: 40 corone (o somma equivalente) per i membri attivi e metà per gli associati. Richiedere il programma dettagliato. Segretario generale: Dr. Kund H. Krabbe, Kummenehospitalet, Copenhagen K.; per l'Italia rivolgersi al prof. V. M. Buscaino, direttore R. Clin. mal. sist. nerv., Catania.

Il 16° Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia mediche è indetto a Strasburgo, nei locali della Facoltà di medicina, dall'8 all'11 ottobre. Relazioni: per l'idrologia: « Il trattamento idrominerale delle dermatosi »; « Permeabilità e acque minerali »; per la climatologia: « Indicazioni e contro-indicazioni degli sport invernali »; per la geologia: « Le acque minerali delle regioni petrolifere »; per l'organizzazione: « Evoluzione dell'attrezzamento termale francese durante gli ultimi 20 anni ». Informazioni presso la segreteria generale. Institut d'Hydrologie thérapeutique et climatologie, place de l'Hôpital 1, Strasbourg, Bas-Rhin, Francia.

Il 5° Congresso internazionale di salvataggio e pronto soccorso in casi d'infortuni si terrà a Zurigo e St. Moritz dal 23 al 28 luglio, sotto la presidenza del prof. H. Schaer. Per informazioni rivolgersi al segretario dr. H. Spengler, Schmelbergstrasse 4, Zürich, Svizzera.

Il 1° Congresso nazionale portoghese sugli infortuni del lavoro si è svolto dal 17 al 19 novembre a Lisbona, nei locali della Facoltà medica.

L'11° Congresso britannico di ostetricia e ginecologia si terrà a Edimburgo dal 4 al 6 aprile. Il principale tema di discussione sarà il dolore del parto e i metodi per attenuarlo; la discussione sarà aperta dal prof. Cassar Moiz, di Oxford. Altri argomenti che verranno trattati sono: l'ipoplasia genitale, la dismenorrea, l'infezione tubarica, l'iperemesi gravidica, gli esiti delle tossiemie gravidiche, l'infezione da Trichomonas. la sterilità maschile, l'aborto abituale, l'attività del miometrio. Ospiti d'onore del congresso saranno il prof. Wagner di Berlino e il dott. S. R. Meaker di Boston. Verrà fatta una visita al Dipartimento di genetica animale, diretto dal prof. F.A.F. Crew.

Per informazioni rivolgersi al segretario del congresso, dott. Chalmers Fahmy, Chester Street 7, Edinburgh 3, Inghilterra.

La Società francese di ortopedia dento-facciale terrà il suo prossimo congresso il 18 maggio e seguenti, nei locali della Facoltà di medicina di Parigi, sotto la presidenza di Albert Beauregardt. Le dimostrazioni pratiche avranno sede nella « Ecole dentaire de Paris », (rue de la Tour-d'Auvergne 45).

Alla Clinica medica di Bologna.

Con recente provvedimento S. E. il ministro dell'Educazione nazionale on. Bottai ha accolto la domanda di collocamento a riposo, avanzata per ragioni di salute dal sen. Giacinto Viola, direttore della Clinica medica dell'Università di Bologna. Con altro provvedimento, il ministro ha nominato, come successore del sen. Viola, il prof. Antonio Gasbarrini, finora direttore della Clinica medica dell'Università di Padova.

Nel comunicare al sen. Viola l'accoglimento della sua domanda, il ministro gli ha tributato un alto elogio per la nobilissima opera svolta nei lunghi anni in cui ha diretto l'insigne cattedra bolognese, opera che onora la scienza italiana.

Alla Clinica chirurgica di Padova.

Non è stato possibile provvedere nei termini di legge a sostituire già da quest'anno in via definitiva il prof. Gian Maria Fasiani nella cattedra di clinica chirurgica, resasi vacante in seguito al suo trasferimento all'Università di Milano.

Perciò S. E. il Ministro dell'Educazione nazionale, con provvedimento telegrafico, applicando una precisa norma contenuta nell'attuale ordinamento universitario, ha disposto che per quest'anno il prof. Guido Oselladore, titolare di Patologia speciale chirurgica, assuma l'insegnamento della Clinica chirurgica ed ha nominato incaricato di Patologia speciale chirurgica il prof. Vittorio Puccinelli della Università di Roma.

Il Puccinelli va a Padova preceduto da fama di scienziato giovane, ma già valoroso e di abilissimo operatore.

Così provvedendo il Ministro ha assicurato a Padova la regolarità dell'insegnamento universitario e dell'attività clinica.

Conferenze del senatore Guaccero a Tunisi.

Il sen. Guaccero, recatosi a Tunisi per una serie di conferenze cliniche e di dimostrazioni operatorie sulle lesioni congenite e acquisite degli organi del movimento, ha svolto il suo corso presso l'ospedale coloniale italiano « Garibaldi », seguito con vivissimo interesse dal corpo medico.

Il 10 febbraio, nella sala della « Dante » il sen. Guaccero ha tenuto una conferenza sulla assistenza sociale ai minorati fisici ed ai mutilati, mettendo in particolare rilievo le vaste provvidenze attuate dal Regime Fascista.

L'oratore è stato vivamente applaudito dallo scelto numeroso pubblico, tra cui si notavano il R. Console generale, le gerarchie e molti medici cittadini.

Nuovo ordinamento degli studi medici ad Atene.

Un nuovo regolamento della Facoltà medica di Atene, approvato con legge 19 ottobre 1938, dispone che i professori ordinari non possono essere nominati dopo i 55 anni e non possono insegnare oltre 65 anni; stabilisce varie altre condizioni relative all'età e ai periodi di nomina dei professori straordinari, aggiunti, aggregati. La Facoltà comprende 26 cattedre; a ogni cattedra sono addetti un professore ordinario, uno o più professori straordinari, due professori aggiunti e quattro professori aggregati. I professori aggiunti prestano servi-

zio senza stipendio; i professori straordinari e gli aggregati incaricati di corsi ricevono 11.000 dramme al mese. (Queste notizie sono tratte dalla « Presse Méd. » del 7 gennaio e del 4 febbraio 1939).

Un po' dovunque.

Il prof. G. Sangiorgi ha tenuto, all'Istituto di Studi Romani in Bari, una conferenza su « Gli aspetti universali dell'igiene in Roma antica ».

Corsi complementari d'igiene si terranno nelle Università di Siena e di Firenze a partire dal 1° aprile e dal 1° maggio, per la durata di un bimestre; tasse rispettive L. 350 e L. 400,50; modalità consuete.

Un prontuario dei corsi di perfezionamento medico organizzato in Germania è pubblicato a cura della « Aerztliche Fortbildung »; esso comprende 26 corsi, in 14 sedi, dal 26 giugno al 26 agosto; riguarda: medicina interna, chirurgia, radiologia, oftalmologia, dermatologia, urologia, pediatria, ginecologia, cosmetica e plastica, oto-rino-laringologia. Rivolgersi al dott. Blome, Kaiserin Friedrich-Haus, Robert Koch-Platz 7, Berlin NW 7, Germania.

Un corso di perfezionamento sulla sterilità avrà luogo a Parigi, nella Clinica ginecologica dell'Ospedale Broca (rue Broca 111) dal 20 al 25 febbraio, sotto la direzione del prof. Pierre Mocquot; tassa fr. 150. Rivolgersi alla segreteria della Facoltà di medicina.

Nei locali del Sindacato Nazionale dei Medici di Roma ha avuto luogo l'assemblea generale dell'Associazione Omiopatica Italiana. È stato deciso di tenere a Roma, entro il corrente anno, un Congresso nazionale di medicina omiopatica.

Dal 2 al 4 marzo sono indette a Parigi le « Giornate mediche franco-jugoslave ».

L'Università di Parigi, in collaborazione della Fondazione Rockefeller, ha fondato la cattedra di neuro-chirurgia e l'ha affidata al prof. Cloris Vincent.

« La Clinica Ostetrica » ha cambiato il nome in « La Clinica Ostetrica e Ginecologica », meglio rispondente al suo contenuto e in armonia col titolo ufficiale dell'insegnamento.

L' « Archivio Italiano di Scienze mediche coloniali e di parassitologia », che si pubblicava a Modena, nella Clinica delle malattie tropicali e subtropicali diretta dal prof. G. Franchini, è ora passato a Roma, nella Clinica omonima diretta dal sen. prof. A. Castellani.

« L'Attualità Medica » ha pubblicato un numero monografico di ostetricia e ginecologia; esso reca un buon resoconto del congresso sulla specialità, adunatosi recentemente a Perugia, alcuni articoli su problemi nuovi e su argomenti vari, notizie; è corredato di fotografie e di riuscite caricature.

« Cosmobiologie » è un periodico trimestrale concernente le relazioni tra l'universo e la vita; le prime tre annate formano tre volumi, che possono venire richiesti alla segreteria, via Verdi 24, Nizza.

Il Re Imperatore si è compiaciuto di consentire a che il grande Ospedale Sanatoriale costruito dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale a Napoli, nella località dei Camaldoli, venga intitolato al Nome Augusto dei Principi di Piemonte.

Il dott. Giuseppe Marcucci, assistente presso la R. Clinica chirurgica di Bari, sarà grato a quei colleghi i quali, avendo scritto intorno alla ptosi renale, gli useranno la cortesia di inviargli gli estratti dei propri lavori relativi all'argomento.

Su invito del prof. Jentzer, direttore della Clinica chirurgica dell'Università di Ginevra, il prof. Chiasserini ha tenuto, l'1 febbraio, una lezione agli studenti in quella clinica chirurgica e il 2 febbraio una conferenza alla « Société médicale » di Ginevra.

Il dott. J. Cortezo, direttore della « Semana Médica Española, ha dato precise notizie sull'orrendo martirologio cui, nella Spagna rossa, sono stati sottoposti molti medici contrari alle ideologie comuniste. Nella sola provincia di Malaga, durante i primi mesi di avvento del marxismo, furono uccisi 18 medici, quasi tutti municipali (condotti): alcuni di essi, dopo essere stati sottoposti a raccapriccianti sevizie. Non pochi hanno proclamato fino all'ultimo la loro fede nel trionfo della Spagna nazionale.

Tra gli Ospedali Riuniti di Roma ed il Governatorato sono in corso trattative per la cessione a quest'ultimo del complesso di fabbricati costituenti l'ex Ospedale della Consolazione, della superficie di mq. 7000 circa. In tale area verrà probabilmente costruita la nuova sede dell'Ufficio di Igiene e Sanità del Governatorato.

Il farmacista Harold Watkins, autore dell'elisir « Massengil » che provocò negli Stati Uniti una settantina di morti, si è ucciso.

Si è inaugurato l'anno accademico dell'Accademia medico-chirurgica del Piceno, con una conferenza del prof. Vittorio Putti, direttore della Clinica ortopedica dell'Università di Bologna e dell'Istituto Rizzoli, su « L'osterosintesi nel trattamento delle fratture del collo del femore ».

La signora Cleonice Lanzani ha legato circa mezzo milione all'Opera Maternità e Infanzia di Lodi, affinchè sia costruita una Casa della Madre e del Fanciullo, che riunisca gl'istituti dell'Opera: asili-nido, refettori materni, ecc.

L'esercito russo è stato dotato di mantelli protettivi contro i gas di guerra, del tipo di quelli usati dalle squadre di disinfezione. Il mantello anti-gas è considerato come parte essenziale dell'equipaggiamento, non meno indispensabile della maschera; ma, siccome dopo contaminato dev'essere sostituito da uno nuovo, necessita un rifornimento ingentissimo (Brux.-Méd., 29 genn. 1939).

Secondo i dati del « Brit. Med. Journ.», organo ufficiale dell'Associazione Medica Britannica, al 31 dicembre 1937 l'Impero britannico contava 60.163 medici, ossia 20.350 più di trenta anni or sono; le donne figurano fra essi in ragione del 10 %, mentre fra gli studenti in medicina le donne raggiungono il 16 %.

Al laboratorio dell'Ospedale di Stanleyville (Congo belga) è stata annessa una sezione d'istologia patologica, che ha lo scopo di accertare l'e-

ventuale esistenza della febbre gialla detta « silvestre ». In detta sezione si procederà all'esame sistematico del fegato degli indigeni morti per malattie febbrili acute. La direzione di essa è affidata al dott. Liégeois, già inviato in missione al Brasile per apprendere i metodi di ricerca e di profilassi impiegati in questo Paese dal « Servizio anti-amarillico ».

Una crociera organizzata da « Bruxelles-Médical » si effettuerà in Egitto, con escursione nell'Alto Egitto. Partenza da Marsiglia il 31 marzo, sulla nave di gran lusso « Felix Roussel » (stazzante 21.115 tonnellate); ritorno a Marsiglia sulla nave « Mariette Pacha », riccamente attrezzata; itinerario: Porto Said, Cairo, Asmara, Ludsor (valle dei Re), Cairo, Alessandria. Prezzi: in 1ª classe sterline 65, in 2ª classe sterline 54. Rivolgersi a: Croisière « Bruxelles-Médical », boulev. Adolphe-Max 29, Bruxelles, Belgio.

Un concorso che prende nome dalla compianta signora Elide Piccinini Stramezzi, madre del prof. Prassitele Piccinini, presidente onorario dell'Associazione Medici Italiani Artisti, è dotato di 5000 lire di premio, derivanti da una Fondazione attuata in Rimini dallo stesso prof. Piccinini; concerne argomenti di storia in generale o di storia letteraria con particolare riguardo alla Emilia-Romagna e alla Repubblica di San Marino, o la vita e le opere di qualcuno dei grandi uomini nati nella Emilia-Romagna e nella Repubblica citata. I medici artisti sono invitati a partecipare al concorso. Questo si chiude il 1° aprile.

A Düsseldorf e Hannover si sono istituite Stazioni diagnostiche per i malati di tumori. Gli esami sono eseguiti gratuitamente.

L'ospedale di Monaco-Nymphenburg è stato ingrandito, portandone la capienza da 333 a 520 posti-letto. Vi sono ora reparti per malattie allergiche, di medicomeccanica, di balneoterapia, ecc., e una sala per conferenze.

Ad Anversa (Belgio) si è festeggiato il 700° anno di fondazione dell'Ospedale Sant'Elisabetta, il quale dal 1238 occupa sempre lo stesso edifizio, divenuto monumento nazionale. L'ospedale, ora ingrandito, comprende 535 posti-letto, in 30 sale e 22 camere.

A New York vi sono un centinaio di ambulatori, sezioni ospedaliere e cliniche per malattie sessuali. V'è anche un ospedale per soli negri venerei; il suo personale medico ed infermiere è composto di negri.

Nei distretti del Cile maggiormente colpiti dalla recente catastrofe tellurica, le autorità hanno mandato centinaia di medici, numerose squadre d'infermieri, interi treni di viveri, d'indumenti e di medicinali; sono stati approntati numerosi ospedali da campo e attendamenti.

La Croce Rossa degli Stati Uniti ha inviato rapidi soccorsi.

Nell'organizzazione e coll'invio di soccorsi si sono distinti gl'italiani residenti nel Cile, i corpi diplomatici e consolari italiani di Lima, Valparaiso, ecc., il Nunzio Apostolico.

I giornali recano che, in vista delle difficoltà che nelle rigide stagioni invernali ed a causa di abbondanti nevicate si presentano in Svezia ai medici che debbono visitare ammalati giacenti nelle lontane e solitarie campagne, il Governo svedese ha deliberato di obbligare tutti gli studenti in medicina ed i giovani medici a frequentare un corso per sciatori, per il cui funzionamento è già stata stanziata la somma necessaria.

Il 4 febbraio si è solennemente inaugurata a Vienna, nell'*auditorium maximum* dell'Università, la Società Medica Viennese, costituita nel nuovo clima politico. Comprende 21 Sezioni.

Il Dipartimento tedesco dell'economia nazionale ha deliberato di promuovere il consumo di verdure e di frutta fresche, come pure di altri alimenti ricchi di vitamine: molluschi di mare, uova di certi pesci, aringhe, ecc., in ottemperanza agli odierni dettami della medicina e dell'igiene.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 27 Febbraio 1939 - XVII — Num. 9

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E TERAPIA CLINICA DELLA R. UNIVERSITÀ « BENITO MUSSOLINI » IN BARI

Tumore profondo dell'emisfero cerebrale sinistro.

Prof. LUIGI FERRANNINI, direttore.

Lezione clinica (1)

M'induco oggi a presentarvi questo caso non solo e non tanto per l'importanza che sempre ha lo studio di un caso di tumore cerebrale — con i particolari, per giunta, che sentirete —, quanto e soprattutto perchè molto facilmente ed a breve scadenza potremo averne l'autopsia, che, comunque, sarà sempre fonte di grande ammaestramento.

L'inferma (Mor. Lucia) ha 52 anni, di Cerignola (Foggia), domiciliata a Bari, casalinga maritata con prole. Non ha nulla d'importante nella sua anamnesi remota familiare. Ad 11 anni ha avuto malaria, guarita con la cura chininica; a 18 anni è sposata ed ha contratto infezione blenorragica e forse anche sifilitica, per cui si è curata irregolarmente ed incompletamente ma senza conseguenze per la prole, mentre il marito poi è morto a 49 anni per probabile neoplasia epatica; è stata operata per appendicite acuta a 36 anni; a 45 in Clinica ostetrica di isterectomia parziale per fibroma uterino, che l'aveva fatta a lungo soffrire; ed il 26 maggio 1936 in Clinica chirurgica di amputazione della mammella destra e svotamento del cavo ascellare per carcinoma.

Dalla morte del marito, avvenuta nel novembre 1934, essa ha presentato un mutamento di carattere a tipo depressivo, conservando per altro quasi perfettamente integre le condizioni mentali. Il 10 settembre 1937 per qualche istante è stata presa da vertigini rischiando di cadere a terra; e dopo d'allora ha cominciato ad irritarsi senza ragione ed a piangere con grande facilità anche per cause banali ed insignificanti, a dimenticar cose e fatti della vita ordinaria avvenuti anche da poco, tanto che spesso ha riso di questa deficienza mnemonica. Verso il 20 dello stesso mese i suoi familiari han notato che nel parlare le si deviava in alto ed a sinistra la rima orale, la pronunzia non era regolare ed i nomi anche degli oggetti più comuni erano spesso scambiati. Poi essa ha cominciato a camminar male strisciando un po' l'arto inferiore destro, e quindi

(1) Del 2 e 4 dicembre 1937.

non ha potuto muover bene neanche l'arto superiore omonimo.

Il 25 settembre si è recata presso una sua figlia a Milano, e lì è andata sempre peggiorando fino a non poter più camminare ed a perdere involontariamente le urine, mentre si aggravavano rapidamente i disturbi della parola e delle facoltà psichiche. Un medico, che l'ha vista allora, ha sospettato un tumore cerebrale, anche in assenza di cefalea, vomiti ed attacchi convulsivi.

Prendeva, infatti, allora carattere la sequela di fatti, che si erano svolti progressivamente interessando così ampiamente le diverse funzioni neuropsichiche; e venivano illuminati di viva luce quei preludii che in primo tempo erano passati inapprezzati se non inosservati, e che, comunque, isolatamente non avrebbero potuto mai rappresentare gran che nè essere adeguatamente valutati: intendo dire del mutamento di carattere, iniziatosi fin dal 1934 in coincidenza con la morte del marito dell'inferma e poi accentuatosi più tardi dopo l'attacco vertiginoso dello scorso settembre, in seguito al quale s'è infiacchita anche la memoria e l'ammalata è divenuta pure particolarmente irascibile. Era un complesso di fatti che, soprattutto per l'assenza di cefalea con o senza vomito e di sonnolenza e di convulsioni, in principio non avrebbe potuto trovare facile spiegazione nè avrebbe potuto fare opportunamente orientare neppure forse in un soggetto che avesse i precedenti neoplastici della nostra inferma — fibroma uterino e carcinoma della mammella —; ma che da qualche settimana si caratterizza bene come sindrome prodromica e di presunzione di un tumore endocranico nel senso fisico ed anatomico della parola.

I segni di certezza, intervenuti più tardi con i disturbi della parola e della motilità ed il più profondo interessamento delle facoltà psichiche, han potuto illuminare di miglior luce quella incompleta e scialba sindrome iniziale che poteva essere solo di presunzione. Una sindrome neuro-psichica ad andamento progressivo senza sintomi acuti e carattere infiammatorio (febbre, ecc.) ha particolare significato indicativo.

Per ciò il medico interpellato ha consigliato il ricovero dell'inferma, che è stata portata qui il 12 novembre dai familiari, i quali ne hanno raccontata la storia.

Essa è entrata qui con pochi decimi di febbre, ma dalla sera stessa in poi è stata sempre apiretica. Solo poche ore dopo l'ingresso ha avuto vomito per rigurgito, ed il 18 novembre pare che abbia avuto un po' di cefalea.

All'esame generale non presenta nulla d'importante; costituzionalmente è una brevilinea, giace in decubito quasi passivo, ha aspetto di intontita, e difatti le sue deficienze psichiche sono notevoli e sono un tantino migliorate temporaneamente solo dopo le punture lombari.

L'inferma ora da una decina di giorni è completamente incosciente; ma dal suo ingresso in clinica non è stata neppure in condizioni di riconoscer sempre le cose più comuni (acqua, vino, piatti, bottiglie, bicchieri, matite) e d'indicarne l'uso; molte volte ne ha scambiato i nomi e l'uso, ed, interrogata, ha risposto solo con suoni inarticolati.

Questi sintomi psichici, così aggravati, richiamano maggiormente l'attenzione sia perchè assai intensi sia perchè in realtà eran cominciati già prima, nel periodo iniziale della malattia, la quale infatti ha esordito con quel cambiamento di carattere a tipo depressivo, che, per essersi manifestato in seguito alla morte del marito dell'inferma avvenuta nel novembre 1934, era stato diversamente interpetrato. È seguìto uno stato d'irritabilità e di tendenza al pianto ingiustificato, e poi il difetto della memoria, e lo scambio dei nomi delle cose, ed ancora un più profondo decadimento delle facoltà psichiche sul finire del novembre ultimo, e la completa incoscienza di questi ultimi giorni.

Sono andati di pari passo, dal settembre in poi, i disturbi della parola e della motilità. Poco dopo l'attacco vertiginoso del 10 settembre la paziente ha cominciato a parlar male e camminar male, poi ha camminato e parlato sempre peggio, e finalmente non ha potuto camminare più nè trattenere le urine. Quando è venuta qui spesso spontaneamente ripeteva qualche parola comune (madonna, figlia) articolandola discretamente; e talvolta è riuscita ad esprimere discretamente qualche suo desiderio (bere, mangiare), tal'altra ha emesso solo suoni inarticolati dai quali non sempre si riusciva a capire quel che essa volesse dire. Poteva abbastanza bene ripetere parole di facile pronunzia sillabandole discretamente; ma più difficilmente riusciva a ripetere parole di pronunzia più difficile (trentatreesimo, artiglierìa) di cui spesso elideva sillabe o le sostituiva con altre, o faceva seguire alle parole mal pronunziate dei suoni inarticolati.

Se le rivolgevano parole o domande, quando si trattava di cose relativamente semplici ed abituali, ne afferrava il significato e faceva seguire la risposta o l'azione; ma, quando si trattava di cose più complesse, non sempre rispondeva o rispondeva con parole, più che con atti, incomprensibili. Non riusciva a leggere le parole scritte e pare che non ne comprendesse assolutamente il significato, pur se fossero semplici e riguardanti cose comuni (pane, vino); ma pare che l'inferma non leggesse speditamente neppure quando stava bene. Neppure leggeva i numeri scritti di una e specialmente di due cifre, spesso li confondeva e non riusciva con essi neanche a fare un calcolo elementare. Non era possibile la scrittura con la mano destra che è paralizzata, e con la mano sinistra l'inferma poteva a stento copiare qualche numero molto facile e tracciare il segno della croce.

L'inferma ora non riesce a passare dal decubito orizzontale a quello supino, nè a tenersi nella stazione eretta. Può muovere liberamente il capo e gli occhi. A destra presenta una deficienza lievissima della motilità del facciale superiore ed una più notevole di quello inferiore: non corruga bene la fronte, arriccia male il naso, ha la plica naso-labiale spianata, e leggermente abbassata la rima boccale che devia verso sinistra nei movimenti della bocca. La punta della lingua sembra

deviata verso sinistra in bocca e verso destra quando ne è sporta fuori, ma è quasi perfettamente mobile, per cui si compie discretamente la masticazione e la deglutizione.

L'arto superiore destro ha il braccio addotto, l'avambraccio semiflesso, la mano leggermente flessa e le falangi in semiflessione; ma la sua motilità attiva è completamente abolita. L'arto inferiore dello stesso lato è in estensione ed abduzione, ed ha la motilità ridotta notevolmente e progressivamente dalla radice alla estremità.

Sono normali, invece, l'atteggiamento e la motilità degli arti di sinistra.

L'esame della sensibilità, a giudicare da quanto le condizioni dell'inferma permettono di rilevare, fa notare una più che discreta diminuzione della sensibilità dolorifica dal lato destro del corpo che è quello paralizzato. L'esame esterno dell'occhio non fa rilevare alcun che di abnorme; ma a destra la papilla ottica è scolorita *in toto* con margini sfumati ed indistinti, e v'è lieve edema della retina circumpapillare senza emorragie.

I riflessi addominali sono aboliti a destra e conservati a sinistra; i riflessi tendinei son tutti esagerati a destra ma senza clono. Bilateralmente si provoca il segno di Babinski anche con la manovra di Oppenheim.

Il tono muscolare è aumentato a destra, specialmente per l'arto inferiore. Il trofismo è ovunque ben conservato.

Dunque, l'inferma, oltre ad essere incosciente, è perfettamente afasica ed ha una emiplegia spastica quasi completa e totale a destra, del tutto completa per l'arto superiore, incompleta per quello inferiore e soprattutto per il facciale di cui è quasi integra la funzione della branca superiore. Ma bisogna notare che il segno di Babinski, provocabile anche con la manovra di Oppenheim, è presente bilateralmente, e che con l'emiplegia coincide pure una ipoestesia notevole specialmente dolorifica. V'è dunque compromissione di una estesa zona del mantello cerebrale, la quale occupa soprattutto l'emisfero sinistro ed interessa anche il destro, e per tanto non può essere espressione di una lesione di focolajo ma è piuttosto indice di compressione degli elementi nervosi rispettivi.

Le condizioni dell'occhio destro convalidano il sospetto di una ipertensione endocranica, la quale trova un'ulteriore conferma nei risultati della puntura lombare. Questa, praticata il 14 ed il 29 novembre, ha dato esito sotto forte pressione (60 mm. al Claude) sempre ad un liquido limpido incolore, con 0,15 ‰ di albumina, reazione di Nonne-Apelt negativa, potere riducente normale, sedimento macroscopicamente non apprezzabile e contenente solo un linfocito per ogni 2-3 campi microscopici, reazione di Wassermann leggermente positiva, mentre nel siero di sangue la reazione di Wassermann e la citochol son riuscite negative. Ipertensione, dunque, ma senza iperalbuminosi del liquido cerebro-spinale.

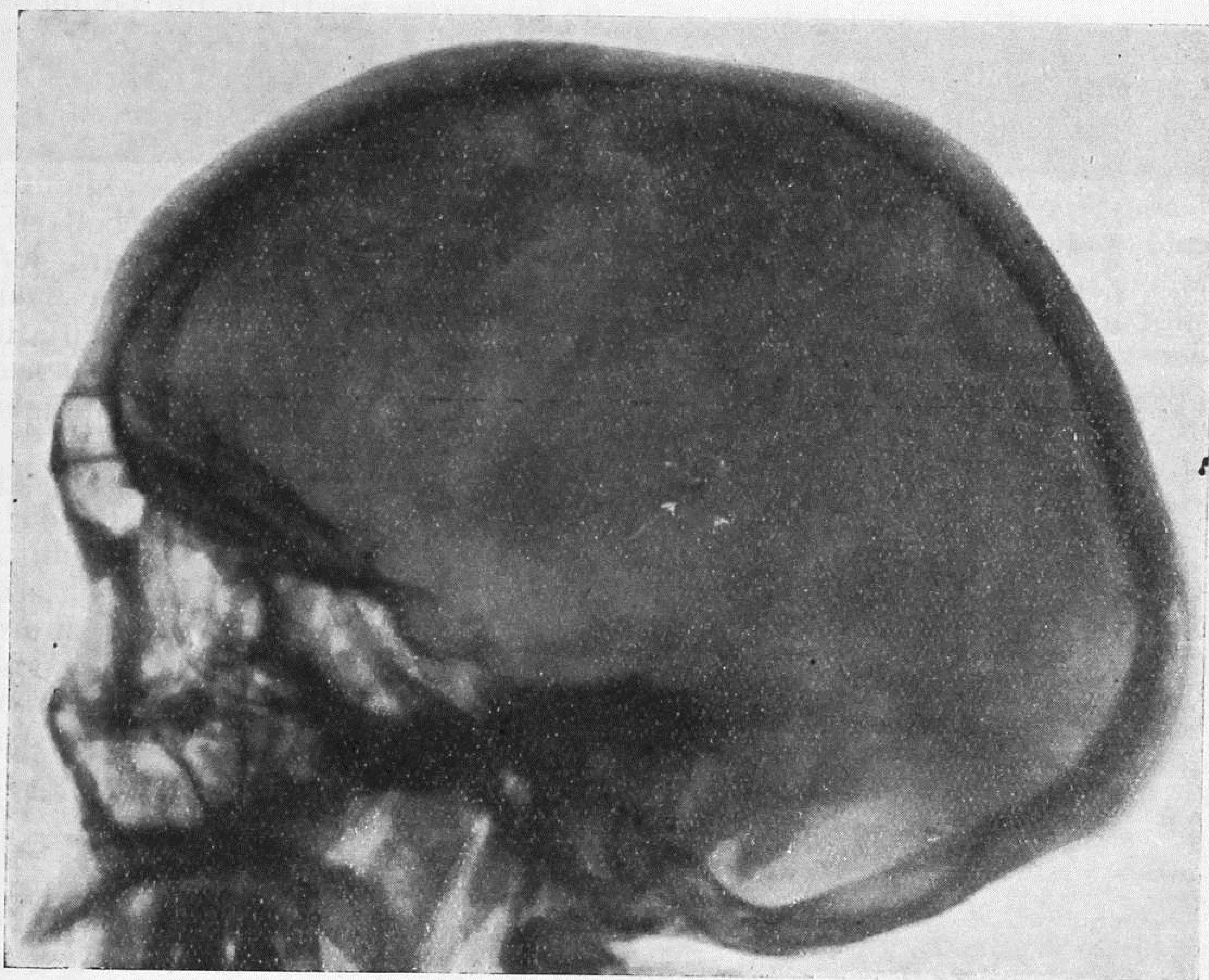


FIG. 1.

Più chiara conferma ancora ci viene dall'esame radiologico del cranio (fig. 1), che, fatto nelle due projezioni, laterale destro-sinistra e fronto-occipitale, fa notare un'evidentissima zona di rarefazione ossea in corrispondenza della regione parietale di sinistra; la sella turcica poco profonda e di forma a scodella, col dorso sellare notevolmente assottigliato, le

apofisi clinoidee posteriori non più nettamente riconoscibili; una piccola zona di calcificazione in corrispondenza della sede della pineale.

Ma nessun segno tubero-infundibolare, nessuna alterazione del polso del respiro e della temperatura — tranne i pochi decimi di febbre con i quali l'inferma è entrata in Clinica e che sono subito scomparsi per non più ricomparire —, nessuna crisi epilettiforme, solo una volta in principio le vertigini e non sappiamo se caratteristicamente modificabili con la posizione del capo e del corpo, ed una sola volta vomito. È dubbio se l'inferma una sola volta, il 18 novembre, abbia avuto realmente un po', di cefalea: non certo v'è stata quella caratteristica cefalea gravativa, persistente e resistente agli antinevralgici, per lo più costante per sede prevalentemente laterale con irradiazioni verso la faccia o le spalle, con esacerbazioni parossistiche a tipo trafittivo — ma non pulsante, come per ascesso o tumore vascolare — mano mano sempre più frequenti, esacerbantesi anche per fattori meccanici (tosse, starnuto, sforzi, cambiamenti di decubito, percussione) e nelle ore mattutine o notturne, talvolta poi dileguantesi più tardi quando si accentuano gli altri segni d'ipertensione e si precisano quelli di focolaio.

Si potrebbe anche sofisticare che i disordini psichici, per quanto precoci e con caratteri di organicità, non han presentato esacerbazioni critiche; e, pur essendosi manifestati con torpore ed irritabilità, non han dato luogo ad euforìa con puerilismo nè a stati deliranti ed a demenza.

Possiamo dire, dunque, che v'è una sindrome incompleta d'ipertensione endocranica.

Generalmente si osserva che una sindrome clinica raramente è completa, per cui il suo valore non è gran che attenuato dalla mancanza di qualcuno dei suoi elementi anche principali; ma difficilmente si cerca la ragione della mancanza, come se la sintomatologia potesse esser dominata da un capriccio che non mette conto d' indagare. Soprattutto però quando si tratta d'ipertensione endocranica, l'incompletezza della sindrome clinica non è senza valore diagnostico.

A parte che può aversi una sindrome d'ipertensione endocranica senza tumore, e che tumore anche voluminoso può aversi, e per lungo tempo, senza ipertensione endocranica se esso si sviluppa assai lentamente — ed allora acquistano importanza i segni di focolajo ad andamento progressivo e senz'altra soddisfacente spiegazione —; sta di fatto che la presenza di tutti i segni della ipertensione, presso che simultaneamente comparsi e di pari passo sviluppati, si ha piuttosto nelle meningiti sierose, traumatiche o non, come espressione di reazione encefalica, per quanto anche in questa una sindrome d'ipertensione endocranica ad elementi discordanti sia tutt'altro che infrequente, e se ne intende la ragione in una ineguale distribuzione delle alterazioni flogistiche come nella varia localizzazione di un processo neoplastico.

Così un'encefalite a focolai disseminati può dare torpore intellettuale, vertigini, vomito e sintomi molteplici e diffusi di deficienze funzionali, ma con poca o niente cefalea e senza mai ipertensione del liquido cerebro-spinale. Invece le meningiti sierose generalizzate, che talvolta fanno enormemente dilatare i ventricoli cerebrali, determinano sempre ipertensione endocranica; e nella meningite sierosa, detta proprio ipertensiva, complicanza endocranica di processi auricolari, i fatti predominanti sono precisamente quelli d'ipertensione.

Ma per meningite la sindrome d'ipertensione interviene tardivamente ed incompletamente, e spesso anche è costante per la parte diretta mentre i segni di localizzazione sono meno caratteristici. Nella meningite sierosa, inoltre, manca la caratteristica dissociazione albumino-citologica; e, specialmente nelle forme cerebellari e ponto-cerebellari della localizzazione basilare, la puntura lombare produce miglioramento e spesso guarigione. La preesistenza d'infezioni, le oscillazioni del decorso, la lieve febbre, la prevalenza dei sintomi generali depongono per la meningite sierosa.

L'incompletezza della sindrome d'ipertensione endocranica può esser fatta da una discordanza per varia entità dei suoi diversi elementi, o da una parzialità per assenza di alcuni di questi elementi: le sindromi discordanti possono menare ad una diagnosi che non è di tumore e spesso è dei falsi tumori cerebrali di Cushing; le sindromi parziali assai spesso fanno non solo fare la diagnosi generica di tumore, ma ne indicano o per lo meno ne fanno sospettare anche la sede. Pertanto nel caso nostro è una sindrome parziale d'ipertensione endocranica, più che una sconcordanza o sproporzione tra i diversi elementi di essa; e questo, più che scuotere il nostro primitivo sospetto, piuttosto lo ribadisce.

Non si è mai detto, e neppur pensato, che la sindrome generica o comune d'ipertensione endocranica e quella particolare topografica o di sede siano due ordini di fatto del tutto diversi o separati e senza niente di comune tra di loro, come vorrebbe ora far credere Barré. Anzi si è tante volte ripetuto che parecchi dei segni d'ipertensione endocranica possono servire per localizzare l'eventuale tumore, per modo che la presenza l'assenza o la diversa intensità di essi può fare ammettere od escludere una localizzazione del processo neoplastico. La sede, soprattutto iniziale, le irradiazioni e le modificazioni spontanee od artificiali della cefalea indicano o fanno sospettare bene spesso la sede di un tumore endocranico; allo stesso modo come il vomito e le vertigini, specialmente quando assumono alcuni caratteri particolari, o si accompagnano con bradicardia e dolori gastrici od addomi-

nali, indicano una localizzazione bulbare o nel pavimento del quarto ventricolo o nelle regioni vicine; e come una sindrome motrice particolarmente grave e ben limitata denunzia una localizzazione nella zona psico-motrice, ed alcuni disturbi psichici particolarmente intensi o precoci fanno per lo meno ben sospettare una localizzazione nel lobo prefrontale. La presenza o l'assenza di alcuni sintomi d'ipertensione ed il loro reciproco rapporto d'intensità costituiscono, dunque, il meglio della sindrome topografica e forniscono le migliori indicazioni per la diagnosi di sede.

In uno studio recentissimo Barré dice di aver trovato, in alcuni casi di tumore del III ventricolo, una stasi notevole e bilaterale, una ipertensione netta del liquido cerebro-spinale con assenza totale di cefalea e vomiti; aggiunge che in parecchi casi di tumore dell'acquedotto la stasi e la cefalea erano intense ma mancavano del tutto il vomito la nausea l'ipertensione del liquido cerebro-spinale; i tumori del pavimento del IV ventricolo talvolta per lungo tempo non dànno altro sintoma, oltre il vomito isolato a tipo cerebrale; in caso di tumori del triangolo inferiore del IV ventricolo per molti anni può aversi solo una cefalea occipitale, che si diffonde poi anche alla fronte, ma senza stasi e senza ipertensione del liquido cerebro-spinale. E potrei aggiungere che per tumori della base encefalica mancano i disturbi della sensibilità, e prevalgono le lesioni dei tronchi periferici dei nervi cranici; e che per tumori della metà anteriore della base, ove la dura li imbriglia e ne ostacola l'espansione e lo sviluppo, la compressione diffusa non è notevole. Ma le cose non procedon sempre in un senso così preciso ed anatomo-fisiologicamente logico, tanto che lo stesso Barré chiama provvisoriamente paradossali alcune sindromi, come quella di un caso di tumore dei tubercoli quadrigemini, in cui la classica sindrome oculo-papillare con notevole ipertensione del liquido cerebro-spinale persistette sino alla morte dell'infermo senza ombra di stasi papillare. Questo dipende dal fatto che noi ignoriamo ancora il valore di alcuni aggruppamenti sintomatici, nei quali andrebbe divisa la sindrome d'ipertensione in rapporto con la varia localizzazione del processo morboso.

E, del resto, può perfino mancare qualunque segno di focolajo e quindi qualsiasi chiara sintomatologia di orientamento per la diagnosi di sede. E, quando questa sintomatologia c'è, possono mancare rapporti sicuri tra essa e la sede del neoplasma: difatti l'ipertensione endocranica e l'edema cerebrale possono produrre sintomi di pseudo-localizzazione, o pseudo-sintomi di localizzazione, per azione a distanza di neoplasma che risieda altrove; per cui i segni di focolajo acquistano tanto più valore per quanto più son precoci e precedono i segni generali d'ipertensione.

I tumori non sono malattie sistematiche, e, come le malattie non sistematiche dei centri nervosi, non hanno quadri tipici o sindromi funzionali patognomoniche. Per essi la sindrome di focolajo, quando c'è, ha una evoluzione progressiva, com'è anche per paralisi progressiva sifilide cerebrale e sclerosi disseminata; ma in questi ultimi casi manca l'ipertensione endocranica.

Comunque, nel caso nostro son da escludere, o meglio non son da prendere in considerazione, le cause extra-encefaliche dell'ipertensione: uremia, policitemìa rubra, ipertensione arteriosa, ostacoli lontani del circolo cerebrale refluo come per tumori mediastinici, tumori tra encefalo e scatola cranica, ecc. E tre le cause encefalitiche, avendo già escluso meningiti ed encefatiti, non restano che i tumori, siano pure intesi in senso fisico.

I tumori meningei non producono per solito ipertensione, neppure se molto voluminosi; ma le gomme determinano sempre ipertensione, e nelle meningiti sifilitiche subacute si può avere ipertensione ed edema papillare: sono ottimi criterii diagnostici le reazioni umorali ed i risultati terapeutici, che nel nostro caso — ad onta di tutto — sono stati concordemente negativi. Le forme tubercolari dànno ipertensione nel periodo infiammatorio, e non costantemente ma a crisi successive; quando il tubercolo è incistato e la massa caseosa isolata da uno strato fibroso, l'ipertensione può mancare.

Non v'ha dubbio, dunque, che nella nostra inferma trattasi di tumore proprio della massa encefalica. Si tratta ora di determinarne la sede precisa, in base a quelli che si chiamano sintomi di focolajo e che in gran parte, come ho detto, sono gli stessi sintomi comuni dell'ipertensione endocranica.

Ho fatto ripetutamente rilevare come, nella nostra inferma, i disturbi psichici in prima linea e quelli motori in seconda linea son quelli che hanno aperta la scena e che sempre son prevalsi. È nella metà anteriore dell'emisfero cerebrale di sinistra che dobbiamo, quindi, localizzare il processo neoplastico: l'emisfero destro può essere solo scarsamente interessato ed in via subordinata, per le modificazioni dei riflessi che abbiamo constatate a sinistra; della metà posteriore dell'encefalo noi non abbiamo rilevato alcun segno di sofferenza.

Nella metà anteriore dell'emisfero sinistro non è certo la corteccia ad esser lesa, soprattutto perchè durante tutto il decorso della malattia fin'oggi l'inferma non ha presentato mai fenomeni di agitazione motrice, segnatamente convulsioni le quali mai mancano quando il processo morboso colpisce la zona psicomotrice nella circonvoluzione frontale ascendente. La sede del tumore, dunque, è sottocorticale, nel centro ovale dell'emisfero sinistro ove si raccolgono a ventaglio tutte le fibre provenienti dalla corteccia cerebrale, e

non più sotto di esso, perchè mancano del tutto i sintomi di lesione della base encefalica. E questo tumore del centro ovale di sinistra dev'essersi sviluppato, come ho già detto, assai più verso il polo frontale anzi che verso quello occipitale dell'encefalo che deve esser del tutto integro; perchè, mentre i disordini psichici hanno aperto e sempre dominato la scena, nulla v'è di grave o d'importante a carico degli elementi nervosi della parte posteriore dell'encefalo.

Più ardua, certo, è la diagnosi di natura del tumore, che abbiamo potuto così precisamente localizzare. Elementi propri diretti per questa diagnosi, non ne abbiamo; e tra quelli indiretti non è agevole farsi strada.

Questa donna ha già precedentemente avuto due tumori istologicamente diversi, come ha potuto accertare anche il riscontro operatorio: un fibroma uterino ed un carcinoma della mammella destra. Uno di essi, ed intendo dire del carcinoma, avrebbe potuto ben dare una metastasi nel cervello. Ma per questo le reazioni biologiche — per quel che valgono — ci assistono solo fino ad un certo punto: la reazione di Bothelo è riuscita positiva, quella di Citelli debolmente positiva per uno scarto di soli 600 leucociti (da 14.000 a 13.400), e quella dell'emolisi di Eisberg decisamente negativa. D'altra parte, se dobbiamo riconoscere che i primi sintomi della malattia si sono avuti nel novembre 1934, ossia tre anni fa, nella lunghezza del tempo decorso finora avremmo un valido argomento contro la ipotesi di carcinoma, avvalorato anche dall'assenza di metastasi glandolari e di uno stato cachettico dopo tre anni di malattia.

Il fibroma potrebbe solo valorizzare una ipotesi di glioma, che è sempre il tumore di gran lunga più frequente nell'encefalo; ma qui non avrebbe altro appoggio oltre quello cieco della statistica.

V'è da tener presente ancora un altro dato di fatto.

Con una crasi sanguigna press'a poco normale (eritrociti 4.800.000, leucociti 15.000, emoglobina 95, valore globulare 0,98, polinucleati neutrofili 75 %, eosinofili 4 %, basofili 1 %, linfociti 14 %, monociti 3 %, forme di passaggio 3 %, rarissimi eritrociti nucleati, 0,766 ‰ di urea) questa donna clinicamente non presenta alcun che di notevole da parte degli organi della vita vegetativa, salvo una lieve splenomegalia in rapporto forse con l'antica malaria ed anche con la probabile sifilide. Ma solo all'esame radiologico (fig. 2) presenta diminuzione di trasparenza ed ampiezza dell'apice polmonare destro, grosso focolaio calcificato all'altezza della seconda costola di sinistra (arco anteriore), qualche piccola calcificazione anche in corrispondenza dell'ilo di sinistra, lieve diffusa accentuazione del disegno polmonare, poco ampie escursioni respiratorie.

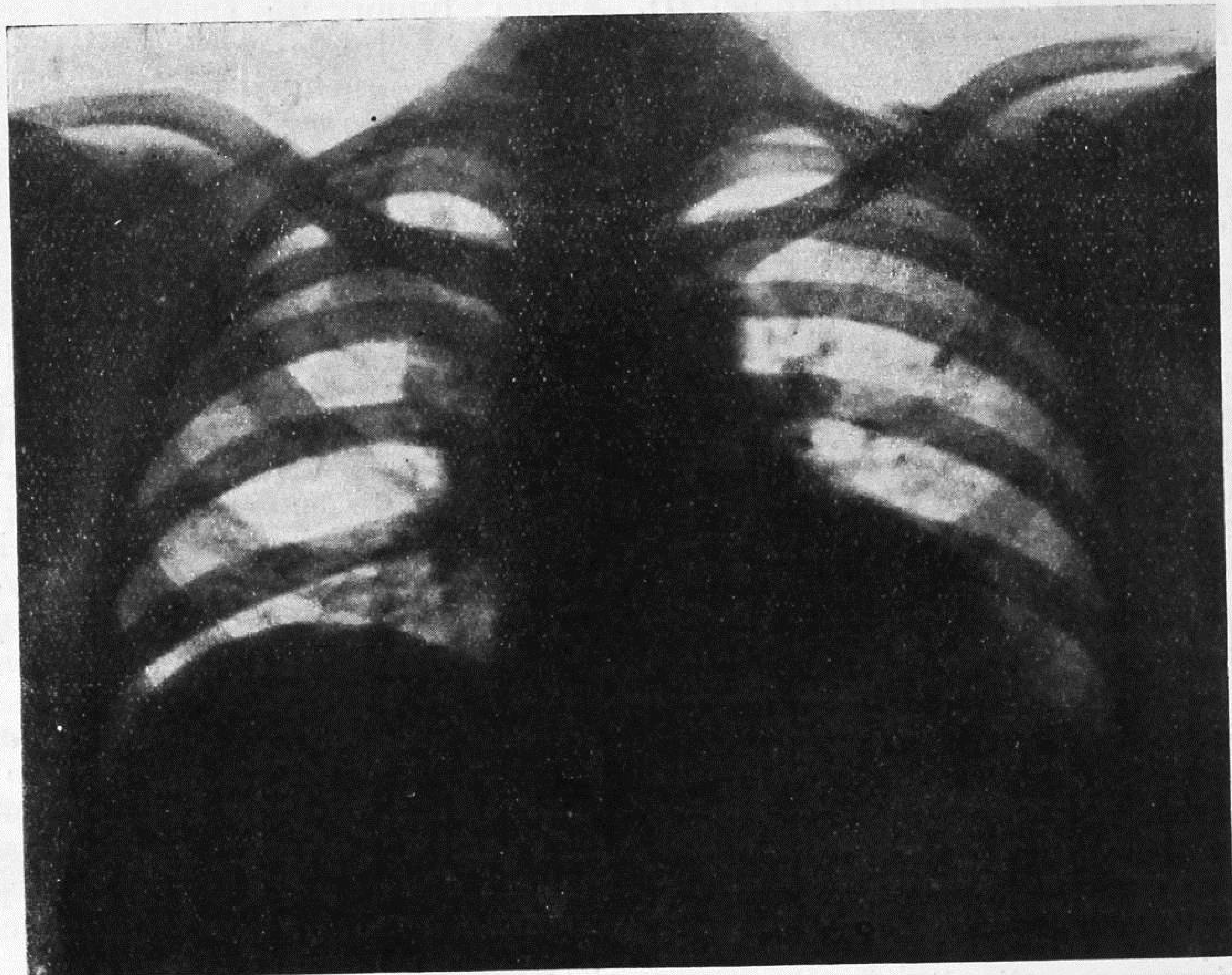


FIG. 2.

Dunque anche un processo tubercolare è da tenersi presente, un tubercolo solitario del cervello, dal momento che ogni processo meningeo s'è dovuto già escludere. E per questa ipotesi appena si può obiettare che un tubercolo difficilmente potrebbe interessare così ampiamente le regioni encefaliche.

Dunque: tumore epiteliomatoso o gliomatoso oppure tubercolo?

Per questa parte non posso impegnarmi così

decisamente, come ho fatto per la diagnosi di sede: me ne mancano gli elementi necessari. Ritengo però più probabile un tumore epiteliomatoso: ecco tutto.

Resta inteso, dunque, che alla diagnosi di sede, nello spessore dell'emisfero sinistro e con sviluppo più in avanti che in dietro, io soprattutto tengo; ma per il resto assicuro solo che si tratta di un tumore in senso fisico, pur ritenendo più probabile l'ipotesi di un vero tumore in senso anatomo-istologico ed a struttura epiteliale.

Comunque ed in ogni caso non c'è nulla da sperare, nulla da fare, nulla neppure da tentare.

Quando ci troviamo in condizioni così disperate noi sogliamo sempre consigliare una cura antiluetica, e specialmente jodo-mercuriale, anche se nulla autorizzi sia pure il sospetto della sifilide. Facciamo così, più che nella vana speranza di una sifilide nascostissima ed in nessun modo svelata o perchè nella sifilide tutto è possibile anche l'impossibile come diceva, parmi, Ricord, perchè non ci rimane proprio null'altro da fare e vogliamo pur fare qualche cosa, sia pur solo per ragioni morali e tanto più che, ad onta delle reazioni biologiche negative, qualche ragione di sospetto c'è nella nostra inferma.

Ma il caso attuale neppure quest'assai magra sodisfazione ci concede. Il tentativo veramente è stato già fatto e naturalmente è riuscito del tutto vano; ma ora non avremmo più neanche il tempo per attuarlo. Quest'ammalata è arrivata già alla fine; e io temevo di non fare in tempo a presentarvela viva stamattina.

EPICRISI. — L'inferma, presentata a lezione il 4 ed il 6 dicembre, l'indomani ha rifiutato di mangiare, nella notte seguente si è aggravata, il giorno 8 alle ore 6 ha avuto un ictus ed alle 6,45 è morta.

Il successivo giorno 9 il cadavere è stato mandato all'autopsia con la diagnosi clinica di tumore profondo — probabilmente epiteliomatoso — dell'emisfero cerebrale sinistro, sviluppantesi specialmente nella porzione anteriore. Esiti di vecchi fatti polmonari specifici.

Protocollo d'autopsia dettato dal prof. G. Bompiani. — Cadavere di sesso femminile dell'apparente età di anni 50, brevitipo, addome piuttosto protundente per pannicolo adiposo abbondante. Capillizio abbondante (chiome scure lunghe). Assenza di peli sulle parti glabre della faccia. Normale aspetto e conformazione del viso.

Multiple cicatrici antiche, biancastre da pregresse operazioni chirurgiche: 1) in corrispondenza della regione emitoracica destra per asportazione della mammella; 2) in corrispondenza della fossa iliaca destra come da appendicectomia (che risulta infatti praticata); 3) in corrispondenza della metà inferiore della linea alba come cicatrice laparotomica mediana (per asportazione subtotale dell'utero).

Apparato scheletrico regolare. Normali le articolazioni e lo sviluppo del sistema muscolare.

Tessuto adiposo sottocutaneo assai abbondante così da far considerare il soggetto obeso.

Apparato circolatorio. — Cuore: notevole accumulo del grasso sottoepicardico con parziale infiltrazione del miocardio sottostante. Normale la consistenza delle carni del cuore e lo sviluppo delle sue parti. Miocardio di colorito cianotico, trabecole piuttosto spesse e relativamente più nella sezione destra che nella sinistra del cuore. Apparati valvolari indenni. Modico edema cuspidale sulla grande vela della mitrale.

Aorta sopracardiaca alquanto svasata e con note di diminuita elasticità. Piccole placche fibro-ateromatose in corrispondenza degli orifici di origine delle arterie intercostali dall'aorta.

Apparato respiratorio. — Polmoni espansi iperareati nelle sezioni superiori e anteriori cosicchè i margini si congiungono sul mediastino. Le sezioni inferiori invece appaiono congeste. Piccola cicatrice apicale del polmone sinistro. Ghiandole ilari antracotiche piccole. Alla sezione del parenchima si manifesta una condizione di edema specialmente nel lobo superiore del polmone destro, e di bronchiectasie circoscritte alla base del polmone stesso.

Apparato digerente. — Prime vie non esaminate. Stomaco contratto, vuoto di contenuto, con incipiente malacia della parete del fondo. Del pari è vuoto di contenuto l'intestino tenue. Appendice assente. Mesentere ricco di grasso, come pure il grande omento, che si trova raccolto sul margine inferiore del colon trasverso. Fegato cianotico. Pancreas di dimensioni e conformazione normali. La cistifellea è ripiena di bile notevolmente pigmentata.

Apparato uro-genitale. — I reni fanno rilevare una condizione di cianosi. Peso dei due reni (gr. 500).

Dei genitali interni si riscontra l'esistenza del moncone uterino e dell'annesso di destra, con ovaie piccole fibrose.

Apparato emopoietico. — Milza: piccola con fatti di perisplenite fibrosa adesiva, con sistema dei setti e delle trabecole e con i follicoli linfatici manifesti sulla superficie di taglio.

Ghiandole a secrezione interna. — Ghiandole surrenali: piccole, sottili, con piccolissimi noduli adenomatosi della corticale. Ipofisi gr. 0,9 situata in una sella turcica svasata.

Esame del cranio. — La calotta appare spessa e pesante (gr. 650) e ricca di diploe di colorito rosso scuro: la diploe è alquanto più scarsa nelle regioni frontali. I tavolati sono spessi e la sostanza spugnosa interposta risulta piuttosto compatta. Sulla bozza parietale sinistra lo spessore della calotta è diminuito e la calotta è più espansa verso l'esterno. Sono ac-

centuate le depressioni corrispondenti alle granulazioni del Pacchioni, e così pure le depressioni digitate e i solchi corrispondenti alle ramificazioni dell'arteria meningea media. Piccolo osteofito sulla faccia interna del frontale di destra.

La dura madre risulta tesa e iniettata. Il seno longitudinale superiore è vuoto di sangue. Negativa la ispezione della faccia interna della dura madre di ambo i lati. Sollevata la dura, le circonvoluzioni cerebrali risultano espanse più che di norma, appiattite, e con solchi poco profondi tra le circonvoluzioni. Leptomeningi indenni.

Negativo l'esame della base del cranio.

L'emisfero di sinistra, dopo fissazione in toto del viscere in formalina, appare deformato e più voluminoso « in toto », di quello di destra. Le circonvoluzioni d'ambo i lati appaiono appiattite, più espanse che di norma, con solchi, tra le circonvoluzioni, ristretti. Le leptomeningi non presentano alterazioni patologiche. La faccia mediale dell'emisfero cerebrale sinistro si presenta convessa verso la faccia mediale dell'emisfero controlaterale, che l'accoglie in una corrispondente depressione. Tale deformità interessa soprattutto la sezione anteriore della faccia mediale di sinistra. Il corpo calloso non risulta interessato. Sulla faccia inferiore dell'emisfero stesso si nota pure una maggiore ampiezza della circonvoluzione mediale temporo-occipitale. Sulla faccia esterna le circonvoluzioni profonde dell'insula di Reil sporgono anch'esse, più che di norma, nella scissura di Silvio; ed inoltre sul lobulo anteriore dell'insula affiora una piccola chiazza, di colorito grigio giallastro, della grandezza di un grano di senape.

I vasi della base appaiono indenni (pertanto la cerebrale media di sinistra richiama l'attenzione perchè il lume sembra scomparso: ma l'esame della massa occludente fa propendere per la natura di coagulo, anzichè di trombo: corrisponde ad un tratto molto circoscritto, poco dopo la sua origine).

Negativo l'esame esterno del cervelletto, del ponte e del bulbo.

Distaccato il tronco del cervello dagli emisferi con la sezione bilaterale dei peduncoli cerebrali, si nota come la sezione del peduncolo di sinistra risulti più ampia di quello di destra; la sostanza nigra di Soemmering è ben manifesta d'ambo i lati; nella cuffia appaiono nettamente i nuclei rossi.

Tagli frontali. — Si pratica un primo taglio al dinanzi dei bulbi olfattori: nell'emisfero di sinistra risulta che il centro semiovale è più ampio di quello controlaterale e trasformato in una poltiglia di aspetto gelatinoso fluido, con parziale escavazione. La sostanza grigia delle circonvoluzioni presenta limiti sfumati verso la sostanza bianca sottostante, che è di colorito grigio giallognolo.

Un secondo taglio viene praticato a livello dell'insula di Reil: alla sezione si nota un'esteso rammollimento che comprende le formazioni situate all'esterno del nucleo lenticolare.

Le circonvoluzioni dell'insula in profondità sono in parte sostituite e in parte si continuano con un grosso blocco di tessuto con estese necrosi di colorito giallastro, in parte confluenti, e in parte distinte fra loro. Il rammollimento cistico si estende anche posteriormente.

Il terzo taglio si pratica a livello dell'orletto del corpo calloso: alla sezione si vede aspetto edematoso del centro semiovale del lobo occipitale sinistro. Il rammollimento si mantiene nei limiti del centro semiovale, senza raggiungere il ventricolo laterale corrispondente.

I ventricoli laterali dei due emisferi appaiono entrambi più stretti e deformati, per la presenza della massa tumorale nell'emisfero sinistro.

Altri tagli praticati negli emisferi cerebellari, nel ponte e nel bulbo non dimostrano reperti degni di nota.

Riassumendo, l'esame del cervello dimostra la presenza di una massa tumorale con sede nel centro semiovale di sinistra fatta di tessuto di colorito grigio-giallognolo e di consistenza aumentata, con limiti sfumati verso le parti circostanti, e contenente aree necrotiche nel suo spessore, ben riconoscibili sulle superfici di taglio. Di tale massa non è agevole stabiliare l'estensione; per altro essa ha la sua massima estrinsecazione nel lobo frontale a livello della regione dell'insula. Ad essa si accompagna un esteso rammollimento della sostanza bianca del centro semiovale anteriormente e posteriormente alla massa neoplastica, con formazione di una cavità cistica da rammollimento subito all'esterno della faccia laterale del nucleo lenticolare di sinistra.

L'estesa condizione di edema dà ragione dell'aumento di volume di tutto l'emisfero sinistro e del peduncolo cerebrale, e della deformazione con convessità esterna della faccia mediale dello stesso emisfero; e della corrispondente compressione sull'emisfero controlaterale. I ventricoli laterali ne risultano ristretti.

Diagnosi anatomo-patologica. — Tumore nel centro semiovale di sinistra, con massima estrinsecazione a livello dell'insula di Reil (tessuto grigio giallastro, di consistenza aumentata, a confini indistinti verso le parti circostanti e con numerose necrosi nel suo spessore) e con esteso rammollimento in parte cistico di tutto il centro semiovale di sinistra.

Congestione delle due basi polmonari. Cianosi del fegato e dei reni. Modico edema cuspidale del velo anteriore della mitrale. Ipofisi piuttosto voluminosa: gr. 0,9. Condizione di osteosclerosi della calotta cranica. Obesità, con raccolta di grasso, superiore alla norma, in sede sottocutanea e periviscerale. Sclerosi dell'ovaio di destra, in soggetto con cicatrice apicale a sinistra e con perisplenite cronica fibrosa adesiva, e presentante tre cicatrici chirurgiche per subìta asportazione della mammella di destra, dell'appendice vermiforme e per isterectomia subtotale e annessiectomia sinistra. Atrofia delle surrenali con iperplasia adenomatosa della corticale in forma di minuti noduli.

NOTE E CONTRIBUTI

Ospedale Maggiore della Carità
ed Opere Pie Riunite di Novara
II Sezione Medica diretta dal dott. L. Fara.

Contributo alla terapia medica dell'appendicite acuta e sub-acuta con iniezioni di bismuto.

Dott. Angelo Sacchetti, assistente effettivo.

Il problema della terapia da instaurare nei casi di appendicite acuta non è facile a risolversi ed interessa da vicino, fosse più che nelle altre affezioni, il medico ed il chirurgo.

Per il primo è di estrema gravità la scelta della condotta da tenere; per il secondo si presenta subito la grande responsabilità di scelta tra l'intervento immediato e quello a freddo, quando cioè si supponga spenta ogni manifestazione infiammatoria.

Nel periodo che intercorre tra la visita medica, l'osservazione del chirurgo ed, eventualmente, l'atto operatorio, possiamo osservare in questi pazienti il più svariato, irregolare e preoccupante decorso.

L'individuo, molto spesso giovane ed in attività, quando è colpito da questa sindrome, si preoccupa grandemente e non è raro veder insorgere vere turbe neuro-psichiche che complicano la malattia e ne alterano sfavorevolmente la normale sua evoluzione.

È quindi naturale che continuamente si discuta su tale problema e vi siano divergenze di vedute tra medici e chirurghi.

Il medico infatti non può prevenire nè prevedere certe complicanze che frequentemente possono insorgere in un appendicitico e così pure il chirurgo, sia che intervenga subito od attenda, vigilante, la risoluzione dei fatti infiammatori.

Non è il caso di entrare in una discussione tanto delicata quanto importante: basta qui formulare l'augurio che, di fronte a casi del genere il giudizio e l'opera del medico e del chirurgo siano concordi e che, vagliato caso per caso, a seconda della gravità e del tempo d'insorgenza dell'affezione, l'intervento sia o meno deciso, attuato o procrastinato.

È necessario però che la cosidetta « coscienza appendicitica » oltrechè nei medici e nei chirurghi si formi anche nel popolo che, spesso, terrorizzato dalla conoscenza di qualche caso finito tragicamente, è restio ad accettare il consiglio del medico e rifiuta l'intervento operatorio anche in casi di estrema gravità nei quali però è ancora possibile la guarigione.

*

Scopo della presente nota è di portare un contributo alla terapia medica dell'appendicite acuta con preparati di bismuto, come ha recentemente proposto Agostoni in una seduta della Società Lombarda di Medicina di Milano.

Questo A. partendo da precedenti ricerche e dall'ormai sperimentata, favorevole terapia bismutica nelle angine, accettando le idee di alcuni studiosi antichi e moderni i quali ammettono debbano esistere tra tonsille ed appendice rapporti anatomici, fisiologici, patologici e batteriologici, ha pensato di applicare il bismuto anche nelle appendiciti.

I suoi quattro casi di appendicite acuta così trattati hanno convalidato appieno i suoi presupposti: in essi si è visto arrestarsi l'evoluzione del morbo e ridursi rapidamente la sintomatologia locale e generale.

Fin dal 1895 Sahli aveva richiamato l'attenzione sulla identica struttura anatomica delle tosille e dell'appendice: era dunque logico pensare che gli stessi germi infettivi, penetrati nell'organismo attraverso le vie aeree, potessero svilupparsi in organi uguali, dar esito a fatti infiammatori acuti e subacuti e quindi potessero essere aggrediti e vinti con la stessa terapia.

Labroque ha pure studiato la dipendenza che esiste fra tonsille ed appendicite e la loro partecipazione alle stesse reazioni. Ammette, basandosi sulle sue ricerche, di aver osservato reazione appendicolare dopo tonsillectomia, particolarmente nei bambini: anche negli adulti, egli dice, l'infezione generalizzata del tessuto linfoide (e specie la simultanea infezione dell'appendice e della tonsilla) è abbastanza frequente.

Dopo l'appendicectomia è altresì facile, tanto nei piccoli pazienti che nei grandi, riscontrare l'insorgenza di angine.

Le moderne vedute tendono a considerare la flogosi acuta appendicolare, che molto spesso si associa a flogosi faringo-tonsillare, di frequente natura ematogena e non esclusivamente enterogena, come era prima ritenuto.

La flora microbica trovata nelle appendiciti si è rivelata identica a quella isolata dalle tonsille.

Questi dati sono stati recentemente confermati dalle ricerche di Carobba e Baccarani, dell'Università di Bologna che fecero esperimenti su conigli.

Dalle loro osservazioni risulta che la tonsilla e l'appendice sono capaci di eliminare lo stafilococco albo introdotto per via endovenosa. L'eliminazione avverrebbe in modo ritmico nei due organi che entrambi, ma maggior-

mente l'appendice, vengono a presentare alcune alterazioni istologiche a tipo infiammatorio.

Riferisco 9 casi venuti alla mia osservazione in questi ultimi tempi: la maggior parte di essi sono stati poi seguiti nella I Sezione Chirurgica, diretta dal prof. Cipollino, in cui erano stati sottoposti ad intervento operativo d'urgenza od a freddo.

CASO I. — R. Alfredo, di anni 18, garzone, da Novara.

Il 25 giugno 1938 il paziente viene colto da dolori addominali, con vomito, brividi e febbre alta. Chiamato d'urgenza dopo qualche ora, trovai l'a. in condizioni assai gravi.

T. 39°, P. 100-120 al m.

In precedenza il paziente non aveva mai sofferto malattie degne di nota nè aveva mai accusato dolori addominali nè attacchi appendicolari. Nulla a carico dell'apparato cardio-respiratorio. Addome teso per difesa muscolare, particolarmente alla regione appendicolare, ove si accentua il dolore mediante la palpazione. Pongo diagnosi di appendicite acuta e data la forma acutissima e le gravi condizioni del malato, consiglio, il ricovero in Ospedale, ma i famigliari ed il paziente stesso si rifiutano recisamente.

Consiglio allora ghiaccio sull'addome, dieta assoluta, salvo qualche pezzettino di ghiaccio per bocca per frenare il vomito e pratico una iniezione di spalmalgina. Verso sera rivedo il paziente; con l'iniezione ha avuto lieve benessere durato circa due ore: dopo, i dolori e lo stato di agitazione sono ricomparsi con discreta intensità.

Praticai allora, secondo i dettami dell'Agostoni, iniezioni di bismuto puro (qualunque preparato di bismuto messo in commercio e alla dose di un cc. o due a seconda dell'età del paziente): un'ora dopo il p. cominciava a sentirsi meglio; il dolore alla regione appendicolare andava progressivamente diminuendo.

Con una seconda iniezione di bismuto, praticata il giorno seguente, si ottenne anche diminuzione della febbre, cessazione del vomito, benessere generale e riposo tranquillo, tanto che il mattino successivo trovo il malato veramente sollevato e posso permettere la somministrazione oltre che acqua zuccherata, brodo di verdura e piccole quantità di caffè e latte.

All'esame obbiettivo: all'addome lieve difesa muscolare e dolenzia al punto appendicolare.

L'a. ha avuto emissione di gas: la T. è scesa a 37°,5, polso 80.

In quarta giornata, dopo la terza iniezione di bismuto le condizioni locali e generali ritornano pressochè normali. In quinta giornata, quarta iniezione di bismuto, essendo completamente caduta la febbre, feci togliere la vescica di ghiaccio e permisi una dieta meno rigorosa. In decima giornata l'ammalato potè lasciare il letto.

Da notizie recentemente avute, mi consta che il giovanotto sta bene e non intende, almeno per ora, sottoporsi all'atto operativo.

CASO II. — F. Giuseppina, a. 39, casalinga, da Novara.

La paziente ha sofferto in precedenza di attacchi appendicolàri non gravi tanto che il riposo a letto e la cura medica con antispastici (Belladonna) ed olio di paraffina in pochi giorni risolvevano le manifestazioni.

Il 28 giugno vengo chiamato d'urgenza presso l'ammalata, assalita da forti dolori alla regione appendicolare. Consiglio vescica di ghiaccio sull'addome e pratico iniezione di spalmalgina.

La paziente ha vomito e febbre: 38°,5; polso 100 (piccolo, debole); addome teso e dolente, particolarmente alla regione appendicolare, ove, oltre alla resistenza, si percepisce una tumefazione assai estesa e dolente anche alla lieve palpazione.

Pratico iniezione di bismuto (una al mattino ed una alla sera) e consiglio il ricovero in Ospedale nel sospetto di ascesso appendicolare: sebbene dopo l'iniezione abbia sensibile miglioramento, la paziente aderisce all'invito e viene ricoverata in Ospedale nella 1ª Sezione Chirurgica il giorno successivo.

Il Chirurgo ha confermato la diagnosi posta e consente che sia continuata la cura medica non ritenendo del caso operare subito.

L'atto operativo viene eseguito, a freddo, il 2 settembre 1938; all'apertura dell'addome si rilevano estese briglie aderenziali e viene asportata l'appendice non tanto tumida ma fissata da una ganga di aderenze e con presenza di pus nelle pareti dell'appendice infiammata.

Decorso post-operatorio normale; guarigione per seconda intenzione dopo 20 giorni.

CASO III. G. Cornelia a. 19, sarta, da Novara.

La paziente viene colta da colica appendicolare il 5 luglio 1938. La sintomatologia addominale è caratteristica, lo stato generale abbastanza buono.

Pongo diagnosi di appendicite acuta quantunque la malata asserisca di soffrire dolori nel periodo premestruale (1-2 giorni prima): l'ultimo flusso mensile è terminato 15 giorni prima.

Pratico senz'altro l'iniezione di bismuto ottenendo in giornata sensibile miglioramento nel decorso dell'affezione. Dopo la seconda iniezione le condizioni generali ed in modo particolare quelle addominali migliorano progressivamente: consiglio però, per evitare una ricaduta che potrebbe portare a spiacevoli conseguenze, l'atto operativo.

La paziente entra in Ospedale il 6 luglio (1ª Sezione Chirurgica): il chirurgo conferma la diagnosi, e, data l'assenza della febbre e le buone condizioni generali, procede all'intervento, il giorno 8 luglio.

L'atto operativo mette in evidenza una appendice infiammata con aderenze periappendicolari e peritiflitiche: viene eseguita l'appendicectomia e si ha guarigione per prima.

CASO IV. — P. Giovanna, sarta, a. 25, da Novara.

Viene colta il 10 agosto da vivi dolori addominali che alla visita medica risultano causati da appendicite acuta. Ha nausea insistente, febbre a 38°-39° e polso frequente. I dolori si accentuano palpando e comprimendo la regione di Mac Burney.

Consiglio la solita cura medica (riposo a letto, vescica di ghiaccio sull'addome e dieta idrica) praticando però subito un'iniezione di bismuto la cui azione favorevole si constata dopo circa 2 ore. Globuli bianchi 14.000, in prevalenza neutrofili.

La temperatura scende, il giorno dopo, a 37°,2: l'addome è meno dolente e trattabile; il punto appendicolare è però ancora sensibile. Continuo per tre giorni la terapia bismutica con progressivo miglioramento della paziente che ora sta bene e non intende, almeno pel momento, sottoporsi all'intervento operatorio.

In data 16 agosto il numero dei globuli bianchi è di 6000.

Caso V. — R. ing. Ippolito, a. 44, da Milano. Il 15 agosto 1938 vengo chiamato a visitare il paziente colpito da forti dolori addominali.

L'esame dell'apparato cardio-polmonare dà reperto normale; a carico dell'addome si rileva tensione, meteorismo con impossibilità di emettere gas e vomito di liquido schiumoso.

Intensa la reazione e la difesa muscolare della regione appendicolare: il paziente prova qualche sollievo tenendo gli arti flessi sull'addome. Temperatura 38°; polso 120, lingua impaniata; è un po' agitato.

Pongo diagnosi di appendicite acuta. Prescrivo riposo assoluto, ghiaccio sull'addome, dieta idrica e pratico iniezione di spasmalgina e successivamente di bismuto.

Il mattino seguente, persistendo i dolori se pure un po' attenuati, pratico altra iniezione di bismuto che non tarda a portare discreto benessere. Il dolore è andato infatti progressivamente diminuendo e dopo circa tre ore, si è avuto anche emissione di gas.

Dopo 4 iniezioni di bismuto il paziente, in 5ª giornata, ad insaputa del curante, riprende le sue attività, senza preoccuparsi delle eventuali conseguenze alle quali poteva incorrere.

Rivedo il paziente dopo qualche giorno in condizioni discretamente buone. Consiglio l'intervento operativo che egli dapprima rifiuta: in seguito però decide di farsi operare.

L'intervento viene eseguito dal prof. Cipollino nella Casa di Cura dell'Ospedale il 10 settembre 1938.

Esso ha confermato la diagnosi posta di appendicite acutissima, rivelando presenza di recenti aderenze periappendicolari. L'appendice non era fortemente tumida ed infiammata come per solito si riscontra in questi casi: data la brevità del periodo intercorso tra attacco ed atto operativo non si può certo affermare che l'operazione sia stata eseguita a freddo; il che mette in evidenza gli ottimi risultati che si ottengono con la terapia bismutica influendo favorevolmente sui fatti infiammatori dell'appendice.

Il paziente è guarito per prima.

Caso VI. — M. Maria, a. 21, commessa, da Novara.

Vengo chiamato il 25 agosto presso la paziente che da qualche giorno accusa dolori assai molesti ed in qualche momento veramente intensi, alla parte destra dell'addome.

Tale sintomatologia non è in rapporto nè ad ingestione di cibo nè al flusso mestruale che avviene sempre regolarmente ed indoloro. Le condizioni della malata sono buone: nulla da rilevare agli organi respiratori e circolatori.

All'addome: lieve resistenza e difesa muscolare; durante la palpazione della regione appendicolare si risveglia forte dolore. La malata è senza febbre. Durante l'attacco accusa nausea.

Posta diagnosi di appendicite subacuta, pratico iniezione di bismuto e prescrivo riposo e dieta semiliquida.

Rivedo la paziente dopo 10 giorni: il dolore è cessato; alla compressione dell'addome si risveglia solo lieve dolenzia. Propongo l'atto operativo ma la ragazza lo rifiuta.

Da notizie avute recentemente, la paziente è in buone condizioni di salute.

Caso VII. B. Giuseppina, a. 20, sarta, da Novara.

La paziente viene colta da forti dolori addominali il 30 agosto 1938: alla visita medica, i sintomi generali e locali depongono per una appendicite acuta. Globuli bianchi 12.000.

Istituisco la solita terapia medica e pratico complessivamente tre iniezioni di bismuto a giorni alterni: la paziente migliora rapidamente e rifiuta l'atto operativo che mi ero fatto premura di proporre. Anche attualmente la ragazza sta bene. Globuli bianchi (4 settembre) in numero di 7000.

Caso VIII. — G. Rosa, a. 23, operaia, da Novara.

La donna è colta da dolori addominali nel pomeriggio dell'8 settembre 1938: essa è assai agitata, con rialzo febbrile a 38°,6.

Lamenta forti dolori al quadrante inferiore destro dell'addome che si presenta teso, per difesa muscolare. Alla più leggera compressione sulla regione appendicolare il dolore si accentua: è quindi facile porre diagnosi di appendicite acuta.

Coll'abituale terapia e con 3 iniezioni di bismuto, ottengo rapido miglioramento: la paziente consente a farsi operare: il prof. Cipollino interviene il giorno 13 settembre: l'appendice asportata presenta reazione infiammatoria e lievi aderenze, da peritonite adesiva localizzata.

Caso IX. — M. Maddalena, a. 38, casalinga, da Novara.

La paziente afferma di aver sofferto sei mesi prima di dolori alla regione appendicolare. Da alcuni giorni il dolore è ritornato più insistente e persistente. Chiamato presso la p. il 3 ottobre 1938.

Presenta addome un po' teso: punto appendicolare assai dolente alla compressione. Pongo diagnosi di riacutizzazione della forma appendicolare ed instauro la solita terapia.

Dopo 5 iniezioni di bismuto la paziente si sente meglio: il risentimento locale è pressochè scomparso e le condizioni generali sono buone. Rifiuta per ora di farsi operare.

Anche attualmente le condizioni permangono buone.

I nove casi su riportati di appendicite acuta e subacuta di accertata e sicura diagnosi clinica e chirurgica si prestano a considerazioni di ordine pratico e di non trascurabile importanza terapeutica.

Innanzitutto mettono in evidenza come questa affezione sia frequente e non solo nei mesi estivi e come colpisca di preferenza individui giovani o di media età e quindi in piena attività lavorativa.

In secondo luogo fanno rilevare quanto questa sindrome morbosa preoccupi i pazienti e come la mortalità da essa cagionata sia an-

cora abbastanza elevata, spiegando l'attiva propaganda iniziata ormai da anni dalla classe medica per indurre i portatori di essa a sottostare tempestivamente all'atto operatorio.

Bisogna però, in primo luogo, porre diagnosi più precisa possibile: quindi il medico, che generalmente è per primo chiamato al capezzale dell'infermo, senza indugio consiglierà le cure più appropriate e vantaggiose non trascurando di praticare nel contempo le iniezioni di bismuto che nella maggioranza dei casi apportano evidenti benefici soggettivi, moderano i fatti infiammatori locali in modo da rendere meno tumultuoso e pericoloso il decorso dell'affezione. Insisto però sulla necessità che la terapia bismutica sia instaurata nelle prime ore dall'inizio della fenomenologia dolorosa per ottenere un sicuro e veramente sorprendente risultato: in 3ª-4ª giornata, infatti l'iniezione di bismuto non ha più alcun effetto terapeutico come ho potuto constatare ancora recentemente in un caso portato in Ospedale in quarta giornata e venuto ad exitus il giorno dopo per grave peritonite da appendicite acuta.

Il chirurgo dovrà poi decidere, come già si è detto, se sia conveniente intervenire operatoriamente a caldo oppure se sia più opportuno attendere il raffreddamento.

Negli individui giovani e senza lesioni cardio-polmonari in atto, un tempestivo intervento sarebbe la cura d'elezione: di fronte però ad ammalati in età più avanzata, o in individui con disturbi cardio-circolatori o sofferenti di turbe digestive o respiratorie credo sia più opportuno una prudente attesa ed instaurare la cura medica.

Ad ogni modo il medico deve saper sceverare caso da caso, consigliare o meno l'intervento a seconda della gravità e delle eventuali complicanze che il paziente può di volta in volta presentare.

Da parte mia, come sopra ho riportato, ho ottenuto risultati veramente incoraggianti con l'uso del bismuto a cui l'Agostoni consiglia anche di associare la lecitina.

Il bismuto infatti non porta alcun danno anche se i dolori fossero semplicemente causati da coliche addominali (coliti, colecistiti, annessiti, ecc.) riferibili ad altri organi racchiusi nella cavità addominale.

Riguardo al meccanismo di azione del bismuto, pare che questo medicamento agisca sul tessuto linfatico infiammato ed iperplastico in modo elettivo: alcuni AA. hanno attribuito al bismuto azione proteinoterapica, altri gli hano riconosciuto un favorevole potere contro la flora bacterica, come è dato osservare nelle angine.

Qualunque sia la sua azione biologica, è certo che il bismuto attenua i fatti infiammatori e vince i dolori appendicolari riattivando ed aumentando le difese organiche del malato. Infatti, come ho potuto constatare in qualche mio caso, l'alterata leucocitosi ritorna, con questo farmaco più rapidamente alla norma che non con altre cure mediche.

Ulteriori ricerche non mancheranno di apportare luce anche su questo favorevole meccanismo terapeutico, dimostrando come il bismuto esplichi la sua azione sull'appendice in preda a processi flogistici causati da germi virulenti e ci additeranno nuove vie di ricerca rispetto alle molteplici e probabili fonti di infezioni di cui l'appendice, oltre che dell'enterogena, può essere vittima.

RIASSUNTO.

L'A. riporta 9 casi di pazienti affetti da appendicite acuta e subacuta nei quali ha ottenuto benefici effetti, favorenti la risoluzione dell'affezione, con iniezioni di bismuto.

Con tale terapia potè portare all'intervento operatorio anche le forme più gravi in tempo relativamente breve ed in tutti conseguì brillanti e duraturi risultati.

BIBLIOGRAFIA.

AGOSTONI G. *Nuovo trattamento medico dell'appendicite acuta.* Atti e Memorie della Soc. Lombarda di Medicina, Milano, 1938, n. 6.

CARABBA e BACCARANI. *Tonsille ed appendicite: eliminazione bacterica.* Annali It. di Chirurgia, vol. XVII, 6-7, 1938.

LABROQUE. *Appendice e tonsille.* Pratique Médicale Française. Giugno 1936.

SVERGNEAUX. Annali Ravasini. 25 gennaio 1938.

TECNICA RADIOLOGICA

ISTITUTO DI RADIOLOGIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ E DEGLI OSPEDALI RIUNITI
DI ROMA
Direttore: prof. A. BUSI.
Vice direttore e primario: prof. U. NUVOLI.

Sul valore della posizione eretta per la diagnosi radiologica di uronefrosi.

Dott. PAOLO CRISTOFANETTI, assistente vol.

Non vi è, si può dire, alcuno studio radiologico di organi interni, in cui l'esame nella stazione eretta possa essere trascurato: è ben nota per esempio l'importanza dei livelli idroaerei per il riconoscimento di cavità polmonari o pleuriche, per la diagnosi di stenosi intestinali.

In alcuni casi, in cavità normali o patologiche, l'introduzione di liquidi radioopachi, con diverse densità e quindi con il potere o di sedimentarsi in basso o di salire in alto, ha permesso lo studio delle pareti delle cavità stesse (basti ricordare, ad esempio, le introduzioni di olii iodati nella cavità pleurica, nello spazio subaracnoideo).

Per l'apparato urinario, da vario tempo è nota l'importanza dell'esame nella stazione eretta, durante l'indagine con i mezzi di contrasto, allo scopo di rilevare specialmente la spostabilità dei reni, inginocchiamenti ureterali (Busi, Turano ed altri).

Nel nostro Istituto, questa tecnica si eseguisce correntemente, nei numerosissimi esami dell'apparato urinario. Non ci soffermeremo qui su tutti i vantaggi che si ritraggono da questo studio (specialmente radiografico) eseguito nella posizione eretta, ma crediamo utile mettere in rilievo l'interesse che esso ha per riconoscere, con la stratificazione del mezzo di contrasto opaco eliminato con l'urografia, l'esistenza di sacche uronefrotiche.

Un caso occorso alla nostra osservazione ci sembra specialmente dimostrativo e lo riportiamo:

A. E., di anni 15, studente.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare e in quella personale remota. La malattia attuale è cominciata sette anni fa, ed è insorta con dolori a tipo colico, che si sono presentati di tanto in tanto alla regione lombare sinistra. Il dolore non ha irradiazioni; dura circa 4-5 ore. Si accompagna talora a vomito; costantemente coesiste tenesmo vescicale; non altri disturbi della minzione. Non febbre Alvo regolare.

E. O.: Condizioni generali buone. Pallore della cute e delle mucose visibili.

Torace: nulla di notevole.

Addome: di forma normale, trattabile, non dolente alla pressione.

Fegato e milza nei limiti normali.

I reni non si palpano. Non punti dolenti renoureterali.

Esame urine: colore giallo paglierino, aspetto limpido, reazione acida; peso specifico 1018; albumina assente; indacano, tracce evidenti; cloruri 10,50 ‰; urea 10,90 ‰. Nel sedimento: alcuni leucociti ben conservati. Null'altro di notevole.

Viene inviato per l'esame radiologico dell'apparato urinario.

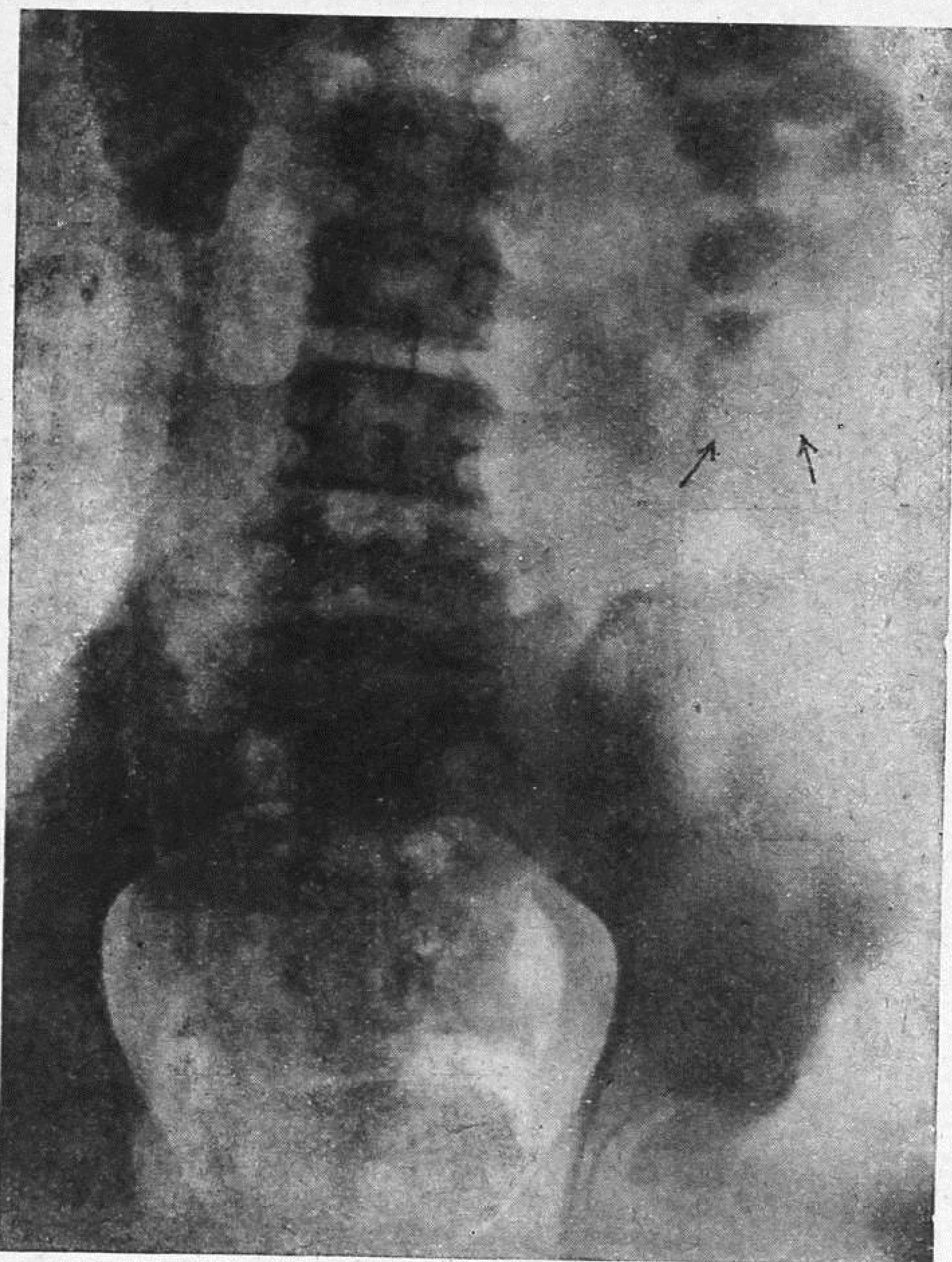


FIG. 1. — Radiogramma eseguito in decubito supino, proiezione ventro-dorsale. 40 minuti primi dopo l'iniezione di uroselectan B. Le frecce indicano il polo renale inferiore.

26 settembre 1938: nulla di notevole alla radioscopia del torace.

La radiografia diretta dell'apparato urinario mostra reni normali per sede, forma e volume. Non immagini riferibili a calcoli opachi ai raggi X. Null'altro di notevole.

Urografia con iniezione endovenosa di uroselectan B: dopo pochissimi minuti, le cavità renali di destra si opacizzano, l'ampolla pelvica è modicamente dilatata, i calici appaiono normali, con estremità falcate.

Nulla di notevole lungo tutto l'uretere destro; vescica normale.

Le cavità renali di sinistra non si opacizzano che circa 40 minuti primi dopo l'iniezione della sostanza di contrasto (fig. 1). Si scorgono solo i calici, molto dilatati ed irregolari; l'ampolla pelvica non è riconoscibile.

A questo punto si fa scendere il paziente dall'iposcopio e si eseguisce una radiografia nella stazione eretta. Si nota allora (fig. 2) che il rene

di destra, le cui cavità si sono in gran parte svuotate, si abbassa leggermente.

A sinistra si notano dei fatti assai interessanti: un'ombra piriforme, con l'aspetto del rene, appare ben manifesta, giungendo con il suo polo inferiore all'altezza del margine inferiore del IV corpo lombare (mentre nei radiogrammi precedenti il limite inferiore appariva all'altezza circa del margine superiore di detto corpo). Questa ombra renale è molto opaca (assai più di quanto lo sia normalmente un rene, anche durante l'urografia), e ciò fa ritenere che sia costituita da una sacca di liquido, mescolato col mezzo di contrasto e che occupa quasi tutto lo spazio contenuto nella capsula renale. Questo fatto è confermato dalla circostanza che una stratificazione di urina ricca di uroselectan, e quindi più pesante, appare nel punto più basso del polo renale.

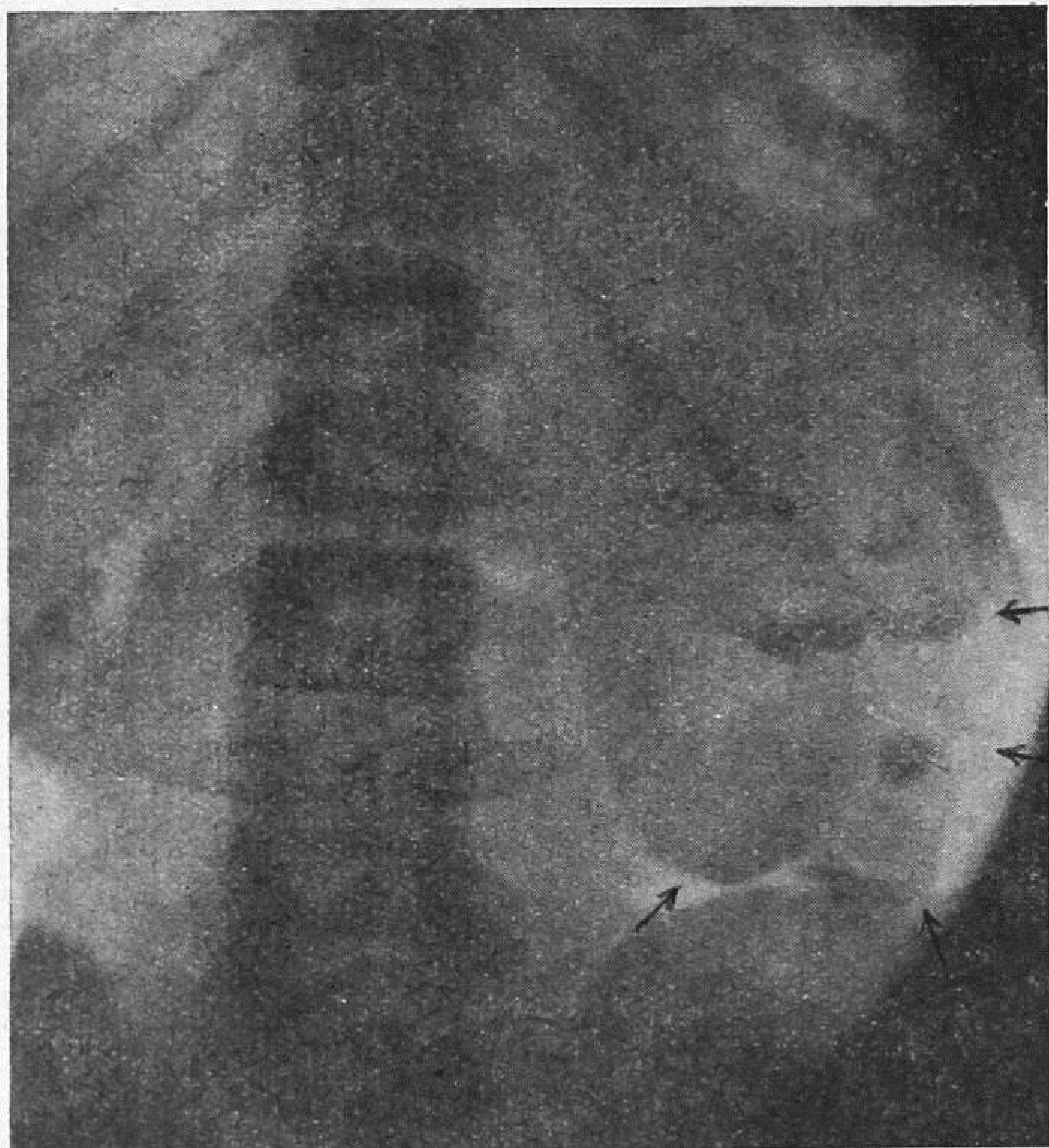


FIG. 2. — Radiogramma eseguito in posizione eretta, proiezione ventro-dorsale. Le frecce indicano varie stratificazioni di liquido ricco di mezzo di contrasto.

Non sono più riconoscibili gli elementi normali del bacinetto. Altre piccole, numerose, sedimentazioni di liquido, opacizzato dal mezzo di contrasto, appaiono come livelli che si proiettano sia entro l'ombra renale, che all'esterno e persino più in basso di essa, ed indicano l'esistenza di varie altre sacche (v. frecce sulla fig. 2). In alto l'immagine del rene si perde, senza che sia possibile riconoscerne il polo superiore.

L'uretere di sinistra non si è mai fatto visibile. Veniva quindi fatta diagnosi radiologica di pielettasia lieve a destra e — per il rene di sinistra — di ritardata e scarsa eliminazione dell'uroselectan, con presenza di numerose sacche scavate nel rene e alcune sporgenti dalla sua capsula. Questo rene sinistro presenta il parenchima in gran parte distrutto.

I due reni non sono abbassati, e non discendono notevolmente nella stazione eretta.

Non si è potuto procedere ad altri esami diagnostici (cistoscopia, ecc.), nè ad interventi chirurgici, perchè il malato, per speciali ragioni familiari, è dovuto partire per altra città.

In questo malato, la gravità del quadro uronefrotico, con grave distruzione del parenchima renale e formazione di numerose sacche a contenuto liquido, è stata rilevata dalla indagine radiologica. Un confronto tra la fig. 1 e la fig. 2 fa notare però la differenza dei dati forniti dall'esame radiografico nel decubito orizzontale in confronto a quello eseguito in piedi. Nel primo infatti riconosciamo delle opacità irregolarmente rotondeggianti, riferibili a calici alterati, ma non assistiamo al quadro di distensione e di distruzione uronefrotica che il radiogramma nella stazione eretta dimostra con i molteplici livelli di liquido opaco sedimentato, ognuno dei quali rappresenta una sacca o un sepimento.

Abbiamo ritenuto utile segnalare questo aspetto, di livelli liquidi con opacità maggiore del rimanente contenuto delle sacche, rilevabile nella stazione eretta (aspetto ottenuto in questo caso con l'urografia, ma che può osservarsi anche in seguito ad uretero-pielografia opaca ascendente) perchè ci sembra di altissimo interesse per riconoscere una uronefrosi e per stabilire il grado di essa; e ciò abbiamo voluto qui far ben rilevare anche perchè, per quanto a noi risulta, non era stato ancora messo in rilievo da altri.

RIASSUNTO.

Si segnala la grande utilità, nello studio radiologico dell'apparato urinario con i mezzi di contrasto, dell'esame nella stazione eretta, anche allo scopo di identificare una uronefrosi e di stabilire il grado di questa delle immagini di stratificazioni opache nel fondo delle cavità.

SUNTI E RASSEGNE

SANGUE.

Rilievi casistico-bibliografici e contributo personale in merito alla conoscenza dei rapporti fra anemia perniciosa e carcinoma gastrico.

(L. Cotti. *Haematologica*, fasc. X, 1938).

L'A., descrivendo due casi personali di carcinoma gastrico sviluppati tardivamente in soggetti da tempo affetti da anemia perniciosa tipo Biermer, riassume le teorie attuali sui rapporti tra carcinoma gastrico ed anemia perniciosa; passa quindi in rivista la bibliografia e i casi pubblicati finora su questo argomento, ricordando di ciascun caso i dati statistici più interessanti.

Su una statistica di 107 casi in cui è stata messa in evidenza l'associazione di una anemia perniciosa con una neoplasia, in ben 93 casi la neoplasia era costituita dal carcinoma gastrico. È evidente quindi la elettività di questa localizzazione.

Inoltre quasi i due terzi dei casi descritti appartengono agli ultimi dieci anni, cioè dopo l'introduzione dell'epatoterapia nel trattamento dell'anemia perniciosa. Parallelamente è interessante osservare che la maggior parte dei casi di questi ultimi dieci anni riguarda carcinomi gastrici sviluppati in soggetti *già da tempo riconosciuti affetti* da anemia biermeriana, mentre invece prima dell'introduzione dell'epatoterapia la maggior parte delle osservazioni segnalava la *coesistenza* delle due malattie.

Da quanto sopra appare evidente che il biermeriano è soggetto talvolta a contrarre un carcinoma gastrico, giacchè il numero dei casi fa escludere che si tratti di una coincidenza accidentale banale. Esistono certamente nell'anemico pernicioso delle condizioni favorevoli allo sviluppo del tumore; queste condizioni, secondo l'A., non sono sufficientemente spiegate dalla gastrite achilica, qualunque sia la spiegazione che se ne voglia dare (fatti infiammatori iperplastici o fenomeni proliferativi di compenso del deficit funzionale della mucosa gastrica). Si deve attribuire la più grande importanza ai fattori costituzionali ed ereditari, che influiscono certamente in modo notevole, come è dimostrato dalla ereditarietà morbosa di tali soggetti. A questo proposito l'A. emette l'ipotesi che l'achilia stessa dell'anemia perniciosa, costituzionale ed ereditaria, possa in qualche caso essere l'espressione del fattore costituzionale che è alla base del carcinoma gastrico nei biermeriani, come si può anche arguire dal fatto ben noto del carattere familiare dell'achilia in questi soggetti e della tendenza al cancro nei parenti degli anemici perniciosi. Beninteso non è chè si erediti l'achilia, ma una meiopragia gastrica costituzionale ed ereditaria che si manifesta con una tendenza all'achilia: tale meiopragia, oltre che all'anemia perniciosa e all'anemia ipocromica essenziale sembra predisporre, in qualche caso, al carcinoma gastrico.

F. Tosti.

La terza leucemia o istioleucemia.

(G. Di Guglielmo. *Athena*, novembre-dicembre 1938).

Nell'ultimo trentennio sono stati descritti nella letteratura ematologica circa trenta casi di una emopatia strana cui si è dato il nome di *leucemia linfatica di tipo splenico puro* per mettere in rilievo il fatto veramente paradossale della cospicua splenomegalia con integrità delle linfoghiandole in una leucemia ematologicamente linfatica. Infatti in questa emopatia esisterebbe un netto contrasto tra il quadro clinico ed il reperto ematico, in quanto il quadro clinico è quello caratteristico della leucemia mieloide con l'enorme tumore di milza e la integrità o quasi delle linfoghiandole, mentre l'esame ematologico smentisce tale diagnosi clinica e depone per una forma linfatica cronica. Tale malattia può colpire individui di tutte le età, ma si riscontra con maggiore frequenza nelle persone di età avanzata. Il decorso può variare da pochi mesi a molti anni.

L'A. ha appunto avuto occasione di osservare un'ammalata che presentava tutte le caratteristiche della suddetta forma morbosa sia dal punto di vista clinico che da quello ematologico. Però i risultati della biopsia della milza, del midollo osseo e delle linfoghiandole fecero sorgere all'A. il sospetto che i francesi, i quali soprattutto si sono occupati di tale emopatia, avessero commesso un errore di interpretazione; infatti nell'esame del puntato splenico ci si aspetterebbe di trovare una completa trasformazione linfocitaria della milza, un'invasione di linfociti maturi e immaturi che, partendo dai follicoli di Malpighi, infiltrino e disorganizzino la polpa. Invece l'esame del puntato splenico mette in evidenza una estesissima proliferazione di elementi reticolo-istiocitari assolutamente tipici per caratteri morfologici e funzionali. Si tratta di cellule molto voluminose, con protoplasma abbondante, sottile, spesso vacuolato, con una enorme irregolarità dei contorni, per cui alcune assumono aspetti ameboidiformi con prolungamenti pseudopodici numerosi e di cospicue proporzioni. La tinta del protoplasma è leggermente basofila o, più spesso, policromatica a tendenza acidofila. Il nucleo è tipicamente reticolo-endoteliale, con struttura finemente reticolare e quasi sempre con nucleoli.

Tale cellule presentano il fenomeno della clasmatosi per cui il protoplasma di esse si va progressivamente riducendo di volume, in

seguito al distacco di frammenti più o meno voluminosi e numerosi: come conseguenza di questo fenomeno si vanno formando cellule di media grandezza e anche più piccole, che rassomigliano ai monociti ed ai linfociti, ma che in realtà conservano sempre i caratteri degli elementi reticolo endoteliali dai quali derivano direttamente. Sono appunto queste cellule, di grandezza media e piccola, quelle che, passando in circolo, vanno a costituire quel quadro che erroneamente è stato interpretato come corrispondente a quello della leucemia linfatica cronica.

In conclusione l'enorme splenomegalia è dovuta non alla proliferazione del tessuto leucemico linfatico, ma alla proliferazione del tessuto reticolo istiocitario che determina anche passaggio in circolo di forme reticolo-istiocitarie medie e piccole aventi grande somiglianza con i monociti ed i linfociti.

Note di proliferazione reticolo istiocitaria sono state riscontrate nel suo caso dall'Autore anche nelle linfoghiandole e nel midollo osseo, sebbene in grado molto meno intenso che nella milza.

L'esame accurato del suo caso porta perciò l'A. a concludere, anche tenuto conto delle descrizioni dei reperti ematici dei casi riportati nella letteratura come casi della cosiddetta leucemia linfatica cronica di tipo splenico puro, che non esiste tale varietà di leucemia e che invece si può affermare l'esistenza di una *terza leucemia* in cui si ha l'esistenza di un processo proliferativo sistemico e diffuso degli elementi reticolo-endoteliali e che perciò può essere chiamata *istioleucemia*. Così intesa la forma morbosa ci appare chiara in tutte le sue manifestazioni, senza alcun contrasto tra quadro clinico e reperto ematologico, senza alcun carattere di paradosso e di atipia inconciliabili con le nostre conoscenze sui processi leucemici. F. TOSTI.

Complicazioni epatiche nella policitemia vera.

(R. R. SOHVAL. *Arch. of Int. Medic.*, dicembre 1938).

I malati di policitemia vera per lo più consultano per la prima volta un medico per trombosi vascolari e queste lesioni sono frequentemente localizzate in vasi cerebrali, periferici e intraaddominali.

Il quadro clinico è guidato dalla vitalità dell'organo privato della sua circolazione. L'A. descrive minutamente un caso da lui osservato. Si trattava di un giovane di trent'anni ricoverato in ospedale perchè affannato, astenico e con addome aumentato di volume. Due anni prima aveva avuto varici agli arti inferiori curate senza successo con iniezioni. Aveva goduto buona salute fino a tre settimane prima, quando aveva avuto dolori addominali diffusi dell'addome. Da due settimane aveva anche ittero.

Il malato pesava 100 kg. e 700 gr., non era cianotico ma aveva guance, orecchie, naso notevolmente rosse, gli occhi erano congestionati, la mucosa della bocca e del faringe di colore rosso mattone. Presentava notevole epatomegalia. L'esame del sangue dava: Hb 110; eritrociti 7.430.000; piastrine 220.000; leucociti 29.500 senza alterazioni della formula leucocitaria. L'addome era pieno di liquido contenente bile.

Cinque mesi dopo il paziente morì. L'autopsia dimostrò trombosi organizzata delle vene epatiche, portale, splenica e mesenterica superiore, trombosi in via di organizzazione della vena cava inferiore.

L'aumento di volume del fegato è reperto frequentissimo nella policitemia vera: 8 volte su 14 casi fu notato da Brown e Giffin e nel 10 % dei casi fu notato dall'A. È stata anche notata una correlazione fra volume del fegato e durata della malattia nel senso che questa è maggiore quanto più è notevole l'epatomegalia. Invece non fu messo in evidenza un rapporto fra epatomegalia e la quantità di emoglobina e il numero degli elementi corpuscolati del sangue.

Le lesioni vascolari furono trovate in 1/3 dei casi.

La cirrosi epatica è, secondo While Harrop, frequente nella politicitemia; per altri invece è rara. Comunque, nella letteratura sono riferiti soltanto 9 casi sicuri. Secondo Türck la cirrosi precede la policitemia e quest'opinione sarebbe convalidata dagli esperimenti di Hess e Sorel che produssero eritrocitosi mediante agenti epatotossici. Mosse invece riferisce che la cirrosi sia secondaria e con lui vanno d'accordo vari studiosi. L'uso della fenilidrazina nella cura della policitemia ha complicato lo studio della cirrosi in questa malattia, perchè in alcuni casi non è facile escludere che la cirrosi sia stata prodotta da questo medicamento.

La trombosi della vena porta è più frequente della cirrosi epatica. Però anche di questa la letteratura registra pochi casi: 13. In alcuni la trombosi durava da vari anni. La maggior parte dei malati decedette per gangrena intestinale da trombosi acuta delle vene mesenteriche.

La trombosi delle vene epatiche è invece rarissima nella policitemia vera. *r. l.*

Qualche considerazione su l'impiego del veleno di Bothrops atrox come emostatico.

(CHARLES, JOSEPH-HASSUT. *Le sang*, n. 1, 1939).

C. e J. Hassut ricordano come già diversi autori abbiano da tempo pensato ad impiegare

il veleno coagulante per arrestare le emorragie ribelli, e come anche sia già stata oggetto di interessanti studi l'azione emostatica locale dei veleni, ed i loro effetti contro la fragilità vascolare se iniettati nell'organismo.

Dopo aver ricordato le esperienze fatte con i differenti veleni, gli AA. osservano che, seguendo la natura delle affezioni emorragiche, conviene utilizzare a volte delle sostanze che abbreviano il tempo di coagulazione del sangue, a volte degli agenti che modificano piuttosto diversi fattori vascolari non ancora perfettamente conosciuti.

Gli AA. precisano nel loro studio le circostanze nelle quali il veleno di Bothrops Atrox, già segnalato sperimentalmente come emostatico da Peck, Crimmins e Erf, può presentare una efficacia reale. Essi hanno potuto stabilire, dopo ricerche effettuate su conigli e cani, che il veleno di B. A. può essere adoperato in soggetti emofilitici, sia in soluzioni diluite (1 cmc. per kg. corporeo a 1:5.000.000), sia mescolato a una dose appropriata di siero antibotropico. In quest'ultima condizione esso è sprovvisto di tossicità coagulante e non produce incoagulabilità secondarie; conserva invece un'azione coagulante leggera durante un minimo di 6 ore.

Si può dunque considerare come teoricamente possibile l'impiego di soluzioni diluite di veleno di B A come emostatico generale in alcuni casi clinici, e particolarmente per preparare un soggetto emofilitico a interventi chirurgici.

D'altra parte il veleno di B A sarebbe inutile e piuttosto controindicato nella maggior parte di affezioni emorragiche senza disturbi della coagulazione perchè in questi casi esso è senza effetto sulla durata dell'emorragia e può anche allungarla.

Gli AA. osservano che, data l'azione trombopenica del veleno di B A in vitro che trasforma il fibrinogeno in fibrina senza che il meccanismo normale della coagulazione intervenga, l'impiego di tale veleno come emostatico locale debba esser preso in seria considerazione. S. F.

MISCELLANEA.

Trasformazioni nella dottrina della alimentazione.

(C. DIENST. *Mediz. Welt*, n. 51, 1938).

Negli ultimi tempi si è molto perfezionata la tecnica culinaria, ciò che rende possibile di far prendere volentieri ai pazienti le più svariate e anche le più rigorose diete terapeutiche. Il principale progresso della dietetica moderna è però la sua applicazione individuale, tenendo conto delle condizioni del singolo ammalato più che regolando la dieta schematicamente secondo la malattia.

Vi sono così p. es. degli ammalati di reni ai quali si negano il sale e i proteidi, altri ai quali invece si concedono queste sostanze. Nell'alimentazione dei malati oggi non si teme più tanto il digiuno: in alcune condizioni li si lascia anzi digiunare per giorni dando loro tutto al più del succo di verdure o di frutta, o della frutta. Giorni di digiuno con solo succo di frutta sono oggi un ausilio prezioso: essi determinano una imponente eliminazione di scorie del ricambio.

Particolarmente importanti componenti alimentari sono tra altri le vitamine e le sostanze minerali. Il fabbisogno di vitamine varia a secondo degli individui e a secondo delle condizioni del momento. Si ha un fabbisogno aumentato durante lo sviluppo, la gravidanza, le infezioni, i disturbi digestivi. Mentre le avitaminosi vere e proprie sono rare, esistono però svariate forme morbose che vengono indubbiamente facilitate ed aggravate da una relativa deficienza di vitamine. Così la osteomalacia, la cifosi giovanile, la osteite fibrosa, l'osteocondrite sarebbero in rapporto con la deficienza di vitamina A, la nevrite, la polinevrite (persino quella alcoolica) con una deficienza di vitamina B: la somministrazione di questa vitamina aumenta la tolleranza per i carboidrati (nel diabete permette di ridurre, la dose di insulina di 10-20 Unità) e migliora la mielosi funicolare nell'anemia perniciosa, nello sprue, nella pellagra. La vitamina C contribuirebbe ad aumentare la resistenza contro le infezioni, anche nella tubercolosi si sarebbe constatata una deficienza di vitamina C: è utilissima nelle emottisi e nelle emorragie gastriche. La stanchezza primaverile sarebbe in rapporto con una deficienza di vitamina C.

Le sostanze minerali sono fornite soprattutto dagli alimenti vegetali e dal latte. Il contenuto minerale dei vegetali varia notevolmente a seconda del terreno e soprattutto a seconda del modo di concimazione. Così p. es. una concimazione ricca di K aumenta del 30 % il contenuto potassico delle patate. Varie malattie dell'uomo sono state attribuite alla concimazione chimica: così vi è stato qualcuno che ha messo l'aumento della mortalità per carcinoma in rapporto con la concimazione ricca di potassio, altri l'hanno attribuita ad una deficienza di magnesio, queste ipotesi non sembrano però fondate.

La cottura dei vegetali li priva di sostanze minerali, soprattutto di quelle ad azione alcalinizzante: l'organismo è quindi esposto alla acidosi, specialmente se l'alimentazione è anche ricca di proteidi. L'acidosi è più facile quando sono ammalati gli emuntori (reni, polmoni, pelle) e nella insufficienza cardiaca. In questi casi è utile una alimentazione ricca di potassio, quale la si pupò realizzare con i vegetali crudi: la dieta cruda permette di ridurre le dosi di cardiocinetici nella insufficienza del cuore. P.

Una nuova forma epidemica? Nausea e vomiti epidemici.

(J. D. GRAY (*British med. journ.*, 4 febbraio 1939).

L'A. si occupa di una curiosa forma comparsa epidemicamente e descritta per la prima volta in Danimarca nel 1935, sotto il nome di nausea e vomito epidemici. Una seconda epidemia fu descritta da Miller e Raven, nel 1936 in Inghilterra. L'A. ne ha osservato un'altra, pure in Inghilterra (Hayling Island) nei mesi di settembre-ottobre dello scorso anno.

La malattia è di breve durata, di circa un paio di giorni. Il paziente si lamenta di vertigini, nausea e vomito; il più costante è quest'ultimo. Generalmente apiressia; sono state osservate cefalea frontale e bradicardia. In comune con l'epidemia danese, quest'ultima ha anche diarrea e talvolta lieve piressia (37°,5).

Ne fu colpito un collegio, con 82 ragazze (pensionanti ed esterne) ed una ventina adulti, del personale. I casi furono complessivamente 49, di cui 45 fra le ragazze. Si ebbero 3 casi dal 27 di settembre al 12 ottobre, giorno in cui i casi furono 18; 11 furono il 15, poi 9 casi fino al 25, data dell'ultimo. Tutte le ricerche circa gli alimenti, il latte, le latrine, ecc. furono negative. I tamponi presi dalla gola diedero sviluppo: in 4 a streptococchi non emolitici, pneumococchi e sarcine, in 1 stafilococchi ed in 1 altro streptococchi emolitici.

Nello stesso periodo di tempo, altri 26 casi si ebbero nella popolazione del paese, di cui precedentemente la salute era (al pari di quella del collegio) ottima. In qualche caso, furono colpiti i genitori delle ragazze che frequentavano il collegio in qualità di esterne. In una stessa famiglia, si ebbero 5 casi, dal 15 al 17 ottobre.

La migliore descrizione delle sensazioni del malato sembra quella di avvertire « un mal di mare »; dopo la guarigione che qualche volta ha tardato 7-8 giorni, il paziente dice di sentirsi come « slavato ». La diarrea si osservò forse il più spesso in adulti. In qualche caso, si ebbero recidive.

Data la breve durata, non si può dire con certezza quale sia l'organo od il sistema più colpito. Il modo di diffusione fra le famiglie ad andamento periferico porta ad escludere una contaminazione di cibi o di acqua. Il pericolo d'incubazione sembra di un paio di giorni e la trasmissione da persona a persona sembra evidente.

Tutte le probabilità stanno per una malattia da virus del sistema nervoso; soltanto vi fa eccezione la diarrea. È probabile che l'infezione avvenga per mezzo delle goccioline; ed anche fuori dell'ambiente sempre esposto a contagi... psichici del collegio, depone per una malattia infettiva. L'importanza di conoscerla non consiste tanto nella malattia di per sè stessa, che è breve e benigna, quanto nella possibile confusione con intossicazioni alimentari o dissenteria, specialmente se i casi si verificano in comunità. *fil.*

Reperto d'autopsia e psicologia medica.

(PLENGE e SCHULTZ, *Deut. Med. Vochenscr.*, n. 2, 1939).

Congetture e deduzioni sui rapporti reciproci di causalità tra le condizioni fisiche e lo stato e i fattori psichici vengono fatte da J. H. Schultz. Si trattava di un industriale intraprendente, fortunato ed energico, che però fin dalla prima gioventù presentava, in contrasto con queste particolarità del carattere e con il suo aspetto fisico, una particolare sensibilità dell'apparato circolatorio di fronte ad impressioni psichiche e una tendenza allo scoraggiamento e alla depressione di fronte alle difficoltà. Esuberante ed esageratamente euforico nei periodi di successo, nascondeva dietro l'apparente energia e volitività una sensibilità e timidezza femminee e di fronte agli insuccessi industriali o finaziari cadeva in stati maniaco-depressivi. Anche il suo tipo costituzionale, picnico-atletico, contrastava con la sua sensibilità e con lo scoraggiamento che lo coglieva dopo difficoltà. Le caratteristiche psichiche patologiche sono in parte dovute a fattori ereditari, in parte a condizioni ambientali (ultimo figlio di numerosa famiglia, viziato dai genitori, molto dotato in modo da emergere notevolmente con poca fatica). I fattori ereditarii costituzionali determinanti il particolare comportamento psichico consisterebbero in una discordanza tra la costituzione atletica del soggetto e la delicatezza del suo apparato cardiovascolare, come ha rilevato K. Plenge alla autopsia (« costituzione discordante » nel senso di Hoffmann che a questo fattore attribuisce molte difficoltà del carattere). All'autopsia Plenge constatò un poderoso sviluppo della muscolatura, del cervello, degli apparati vegetativi, mentre il solo apparato circolatorio presentava gravi alterazioni degenerative.

D'altra parte il dinamismo del paziente che, intellettualmente molto dotato, cercava di eccellere sempre più nella vita, provocava una costante tensione nervosa e, per la discordanza psichica, delle alternative di depressione e di euforia esagerata: fattori questi che si dovevano riflettere con dannose conseguenze sul sistema cardio-vascolare mejopragico, sistema che come è noto, è quello che più delicatamente e più sensibilmente risponde agli stimoli psichici e affettivi, e su cui più che su qualsiasi altro organo si riflettono le conseguenze degli stati di animo. Cause psicogene indussero anche il paziente ad eccessi nel fumo e temporaneamente anche nell'uso dell'alcool; intossicazioni che naturalmente contribuirono a peggiorare lo stato dei vasi. Una

psicoterapia ben condotta avrebbe potuto normalizzare lo psichismo e conservare più a lungo un soggetto di alto valore intellettuale e produttivo che morì invece all'età di 58 anni. L'autopsia dimostrò che la morte era causata dalla rottura del cuore in seguito ad un infarto fresco: calli ed altre alterazioni degenerative erano disseminate nel miocardio. Le coronarie erano gravemente alterate, il ramo circonflesso della anteriore era in un punto del tutto ostruito da masse giallastre e rossiccie. La malattia era generalizzata a tutto il sistema arterioso: erano sclerotici i vasi renali, ciò che aveva provocato in vita una ipertonia non fissa e una ipertrofia del ventricolo sinistro (spessore 1,8 cm.) ed erano fortemente alterate le arterie femorali, ciò che in vita si era manifestato con una claudicazione intermittente. P.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

F. D'HERELLE *Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses*, vol. in-8°, di pagg. 416. Ed. Masson, Paris, 1938. Fr. 75.

I precedenti lavori dell'A., che hanno dato al problema del batteriofago un'estensione e un'importanza sempre più vasta, trovano in questo ultimo una sintesi completa, chiara ed appassionante. Poichè negli ultimi anni (l'ultima monografia del D'Herelle è del 1926) le ricerche, intorno alle diverse questioni che dallo studio del batteriofago sono sorte, si sono moltiplicate, si imponeva la necessità di una messa a punto capace di porre in luce nella gran massa di fatti e di interpretazioni d'ineguale valore, quelli che, potendosi considerare veramente acquisiti, danno al fenomeno della batteriofagia un significato che sconfina dai limiti della batteriologia e dell'immunologia, arrivando a coinvolgere problemi fondamentali della biologia generale. È indubbio che per un tale lavoro di sintesi tra tutti il più adatto era il D'Herelle, che ha dedicato questi ultimi venti anni allo studio del batteriofago non solo nel laboratorio con le più precise tecniche sperimentali, ma anche a mezzo delle preziose osservazioni raccolte in viaggi compiuti attraverso il mondo intiero, dall'Europa all'Asia, dall'Africa all'America, con lo scopo preciso di seguire le diverse malattie infettive e le epidemie nel loro naturale ambiente di sviluppo. L'eco di tale ricchissima e certo eccezionale esperienza di scienziato pervade tutta questa nuova opera di D'Herelle.

In una prima parte l'A. considera il batteriofago come « parassita » dei batteri, e ne analizza tutte le caratteristiche biologiche: troviamo qui raccolta una tale messe di dati e di fatti, che anche il volerne accennare un rapidissimo riassunto sarebbe assurdo. Sottolineo soltanto che viene riportato in discussione un problema, nel quale il D'Herelle già da tempo aveva preso una posizione decisa, ma per il quale si deve ritenere non ancora conchiusa la discussione: quello della natura vivente del batteriofago, che tante ricerche e polemiche ed opposizioni ha suscitato, in gran parte, secondo me, infruttuose ed inani, perchè forse di maggiore importanza filosofica che scientifica. Ma accanto a questo, che rimane e rimarrà aperto, nonostante le decise affermazioni dell'A., un altro problema viene qui discusso, e con una larghezza e una chiarezza superiori forse a tutti i precedenti lavori su quest'argomento: quello della « simbiosi batterio-batteriofago ». Credo che chiunque non avesse già conoscenza di questo campo di studio, non possa non rimanere sorpreso ed ammirato nella lettura di questo capitolo, di fronte ad insospettate ed ardite possibilità di ricerca, che se da una parte cozzano contro i canoni della batteriologia sistematica, dall'altra aprono senza dubbio nuovi orizzonti ricchi di sorprese, di sviluppi, di applicazioni.

Molto giustamente, mi sembra, il D'Herelle considera la forma di simbiosi da lui studiata come facente parte di una legge biologica generale, di cui essa costituisce un esempio meravigliosamente adatto ad essere sfruttato per la relativa semplicità dei due elementi contraenti lo stato simbiotico, e cioè il batterio e il batteriofago: e sono sufficienti i dati di fatto che l'A. espone e commenta per dare un'idea assai larga di quanta importanza assuma il fenomeno « simbiosi » come « fattore di mutazione ». Se si pensa che già cominciano ad essere note forme di simbiosi del tutto comparabili a quella del batterio-batteriofago, tra vegetali ed ultravirus e tra animali ed ultravirus, si intuisce quale estensione assumerà il fenomeno della simbiosi studiato finora su pochi classici esempi, tratti soprattutto dal regno vegetale, e quale meraviglioso campo di ricerca si aprirà agli studiosi man mano che si potranno trovare i mezzi rivelatori degli agenti infravisibili di un'infezione latente e sconosciuta.

Nella seconda parte dell'opera il D'Herelle si occupa dell'evoluzione delle malattie infettive e delle epidemie, considerandola sotto un angolo visivo del tutto personale: anche in questa parte si rivela la genialità e la ricchezza d'osservazione dell'A., anche se in più punti egli fornisce materia alla discussione e alla critica, in quanto tende troppo unilateralmente a riportare una serie di fenomeni complessi ad un'unica causa: quella dell'azione batteriofagica.

Ma anche là dove non possiamo concordare in modo completo con le conclusioni dell'A., ciò ch'egli scrive è sempre ricco d'insegnamenti, di fatti e di idee; non è facile ad esfuggire alla suggestione del fenomeno della « guarigione contagiosa », attraverso il contagio batteriofagico, che l'A. descrive sopra-

tutto in base alle sue osservazioni tratte dallo studio vissuto delle epidemie di colera; i fatti osservati con limpida chiarezza sono raccolti, collegati e commentati con logica severa, e non possono non condurre alla convinzione.

Meno ben definita, più discutibile anche se molto interessante per gli sviluppi e i perfezionamenti che lascia intravedere, è la parte che riguarda la terapeutica; evidentemente all'applicazione del batteriofago come agente di guarigione provocata esistono limitazioni in numero e in importanza assai superiori a quello che il D'Herelle sembra voler far credere, attribuendo larvatamente o apertamente la mancanza di diffusione del metodo terapeutico da lui preconizzato, ed i suoi insuccessi alla altrui incompetenza od incomprensione.

Nel complesso dunque, l'opera del D'Herelle per il suo ampio respiro, per la completezza e la ricchezza di fatti e di dottrina, deve interessare ed appassionare, oltre che lo specialista microbiologo, anche il biologo in senso lato ed il medico: la nuova via di ricerca che il D'Herelle batte da vent'anni e che ha aperto a tanti studiosi un campo vastissimo di indagine, appare in questo volume compiutamente illustrata, e ne dimostra tutta l'importanza per i risultati già ottenuti e per quelli che promette.

F. MAGRASSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

GIUSTO LUZZATTO.-FEGIZ. *Semejotica fisica dell'apparato respiratorio*. Prefazione del prof. EUGENIO MORELLI. Un vol. di pagg. 241 con 60 figure. Ed. Istituto « Carlo Forlanini », Roma, 1938-XVII.

Col perfezionarsi dei metodi di laboratorio e più ancora con la vittoriosa affermazione della Radiologia nello studio delle forme morbose in generale e di quelle polmonari in particolare, si è andata delineando in alcune Scuole la tendenza di sottovalutare o addirittura trascurare l'esame diretto del malato, tendenza per sè stessa deplorevole ma che dovrebbe considerarsi addirittura deleteria, se si dovesse diffondere fra i giovani.

È innegabile che alla luce delle attuali nostre conoscenze in tema di tubercolosi polmomonare, grazie sopratutto ai risultati delle indagini radiografiche sistematiche, alcune concezioni semejologiche, così care ai vecchi Clinici e non pochi segni rilevabili all'esame diretto del malato, hanno oggi perso il loro valore, ma è proprio per questa ragione che un libro, come quello del Luzzatto-Fegiz, basato sopra un materiale d'osservazione eccezionalmente ricco e vario, può riuscire utile ed opportuno per fissare l'attuale situazione e le possibilità della Semejotica fisica del torace nello studio delle malattie respiratorie.

Ispirandosi alla concezione meccanico-funzionale della Scuola di Morelli, alla quale il Luzzatto-Fegiz appartiene, l'Autore segue costantemente nella trattazione della materia, un indirizzo clinico e funzionale, e tale indirizzo si desume anche dal fatto che il solito capitolo introduttivo che nei vecchi Trattati di Semejotica era dedicato alla Topografia degli organi toracici, è stato sostituito con un capitolo di Fisiopatologia respiratoria.

Seguono i capitoli della Anatomia topografica, quelli della acustica medica e successivamente quelli riguardanti l'ispezione, la palpazione, la percussione e l'ascoltazione del torace.

Nella seconda parte l'A. traccia a grandi linee il quadro semejologico delle singole malattie respiratorie soffermandosi particolarmente sulla tubercolosi. Qui troviamo uno schema di classificazione delle forme tubercolari del polmone il quale, pur ispirandosi alle classificazioni del Bard, Neumann e Micheli, si differenzia da queste per la larga parte che vien data al fattore meccanico-patogenetico, sintomatologico ed evolutivo.

Il Manuale termina con un'appendice riguardante la semejotica cardiaca nelle malattie del polmone e della pleura.

Questo libro pubblicato in veste tipografica eccellente con numerosissime illustrazioni in gran parte originali, sarebbe destinato, come dice l'A. nella presentazione, agli studenti ed ai giovani Medici che intendono dedicarsi alla Tisiologia. Sono però convinto che anche Medici non più giovani e coloro che si occupano già da tempo di malattie respiratorie, potranno trovare, nel libro del valoroso allievo del prof. Morelli, un utilissimo Manuale di consultazione ed una preziosa guida per la pratica quotidiana.

C. FRUGONI.

E. RATHERY. *Néphropathies et néphrites. Leçons cliniques*. Paris. J. B. Baillière et Fils, 1938. Fr. 60.

Il volume che abbiamo dinanzi, raccoglie le « cliniche » consacrate alle nefropatie e nefriti dal Clinico terapeuta di Parigi nel triennio 1934-36.

È questa la seconda serie delle lezioni pubblicate su tale argomento, la prima avendo vista la luce nel 1934: di essa dicemmo largamente in queste colonne. Gli argomenti attualmente trattati riguardano:

Classificazione delle nefriti (anatomica, etiologica, biologica e funzionale). Classificazione moderna delle nefriti. Porpura e nefrite. Nefrite cronica azotemica con ipocloremia secondaria ad una lesione unilaterale del rene. Acidosi renale. Forme renali dell'endocardite vegetante lenta. Nefrosi lipoidica pura. Nefrosi lipoidica o nefrite cronica. Nefrosi lipoidica complicata secondariamente da nefrite tossica infettiva. Forme cliniche della nefrosi lipoidica. Prognosi e cura della nefrosi lipoidica. Nefrite acuta saturnina benigna. Nefrite acuta saturnina grave. Nefrite mercuriale ad evoluzione prolungata e mortale. Epatonefrite acuta postabortiva tossica,

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

infettiva. Epatonefrite colibacillare. Rene gottoso. Nefrite litiasica. Nanismo renale.

Scorrendo i quali argomenti non può non rimarcarsi come il testo si diriga sempre al pratico, sfuggendo gli argomenti cari ai teoretici. L'esposizione è chiara, semplice, quale il Rathery sa fare ed è corredata di figure e schemi altrettanti dimostrativi. Al libro non potrà mancare la stessa fortuna che arrise alla prima raccolta, utile essendo (come avemmo a dire nel 1934) sia allo studente vicino ai cimenti professionali, nonchè al pratico in cerca di precise ed obiettive note di diagnostica e terapia in un gruppo di malattie sempre più da districare. MONTELEONE.

M. MONTASSUT. *La dépression constitutionnelle*. Paris, Masson et C.ie, éd., 1938.

Il Montassut tratta ancora una volta l'annoso argomento, ormai superato nel tempo e nella esperienza clinica, della cosidetta « neurastenia », quale esponente della « depressione costituzionale », « originale, diatesica, cronica, essenziale ». Quindi ritorna al concetto dell'esaurimento nervoso originario degenerativo, come l'intesero il Kraepelin e poi lo Schultz e lo stesso Beard con il fattore diatesico.

L'A. ammette una sindrome psichica e la innesta su quella fisica, cercandone le motivazioni su fatti a carattere biologico e psicogenetico, ma specialmente fisio-patologico. Messi da parte, come noi facciamo da tempo, gli stati neurastenici che egli chiama acquisiti, e noi sintomatici e il Bellet accidentali, in realtà descrive, specifica e individualizza la figura clinica della « Neuropsicastenia », e mal si comprende come della psicastenia e delle ossessioni, che non sono che una varietà coatta dello stato fobico, voglia fare, per quanto con dichiarata esitazione, una complicazione della neurastenia costituzionale, mentre al giudizio dei più è la stessa cosa.. Ed è a tutti noto ugualmente che il primitivo faragginoso concetto clinico dello Janet è stato largamente semplificato escludendo dalla psicastenia ogni idea di psicopatia in senso stretto e tanto più ogni forma deficitaria e demenziale, fino a tanto che essa non degeneri in una sindrome melanconica o ipocondriaca e più raramente schizofrenica.

Per arrivare al concetto psicogenetico costituzionale degenerativo della psicastenia o neuro-psicastenia, non c'è bisogno di far ricorso alla « psico-analisi »; sono più che sufficienti il controllo clinico e il carettere distimico della malattia, per cui si può giudicare che, senza il concorso di fattori psichici, l'esaurimento nervoso non diverrà mai uno stato psicastenico.

Noi non neghiamo che si accompagnino alla psico-nevrosi disturbi di circolo, disfunzioni metaboliche, e modificazioni del tasso sanguigno nei riguardi degli elementi fosforici e alcalino-terrosi, e anche l'insufficienza epatica, per cui noi largamente scrivemmo sulla importanza della epatoterapia nelle forme depressive in genere (1). Ma quanti di questi disordini fisico-chimici non sono piuttosto la conseguenza del grave turbamento emotivo, neuro vegetativo endocrino, piuttosto che fattori etiopagonetici?

È un libro che poco dice di nuovo e di originale, che complica e non chiarifica il concetto clinico della sindrome da depressione nervosa costituzionale, che non è la stessa cosa della depressione costituzionale in genere, ma che comunque si legge volentieri, come opera riassuntiva delle varie correnti, senza che sieno condotte alla giusta foce, e particolarmente dei vari metodi curativi. G. MÒGLIE.

(1) V. FUMAROLA-MÒGLIE. *La terapia delle malattie nervose e mentali.* L. Pozzi, editore, Roma.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XVII° Congresso della Società Italiana di Urologia.

(Continuazione e fine; v. num. preced.)

Comunicazioni e discussioni sul

2° TEMA DI RELATORE

AREZZI G. (Catania). — *Su di un caso di estrofia vescicale trattato con l'uretero-sigmoidostomia bilaterale. Risultati a distanza.* — L'O. esposti i risultati ottenuti su un giovane di 22 anni e controllati a 5 mesi dall'intervento, viene alla conclusione che in questi interventi sia preferibile l'operazione in più tempi; la tecnica di scelta è la Coffey 1ª con o senza la modificazione di Higgins.

AREZZI G. e OCCHIPINTI G. (Catania). — *Ricerche sperimentali su varii metodi di innesto di un uretere nell'altro.* — Gli OO. in base ai risultati dei loro esperimenti ritengono che l'innesto latero-laterale sia preferibile all'anastomosi termino-laterale.

DE LUCA A. (Palermo). — *Trapianto degli ureteri.* — L'oratore riferisce su di un caso di innesto diretto in vescica di un uretere leso accidentalmente durante un intervento chirurgico e nel quale si ebbe l'attecchimento perfetto non solo, ma agli esami successivi si è constatata la perfetta funzionalità peristaltica dell'uretere e la mancanza di reflusso; effetti soddisfacenti questi forse dovuti alla obliquità dell'innesto in rapporto alla parete vescicale.

LASIO G. (Milano). — *Anastomosi e trapianti ureterali.* — L'O. illustra le condizioni permittenti tali interventi, la tecnica dell'operazione, i risultati che se ne possono ottenere; comunica infine i risultati degli interventi da lui eseguiti.

MINGAZZINI E. (Roma). — *Trapianti degli ureteri.* — L'O. riferisce su parecchi casi di trapianto degli ureteri da lui eseguiti specialmente in malati con estrofia vescicale. Dà la preferenza all'operazione seconda di Coffey.

STEFANI F (Lendinara). — *Indicazione non usuale al trapianto dell'uretere.* — Illustrazione di un caso clinico di intervento per stenosi acuta intramurale irriducibile dell'uretere.

COMUNICAZIONI SU ARGOMENTI RIGUARDANTI IL RENE.

BAGNETI G. (Palermo). — *Sulla frequenza dell'associazione fra calcolosi e tubercoli renali.* — L'O. ha sistematicamente esaminati i casi di pielonefriti o pionefrosi calcolosa capitati in Reparto ed ha notato con una certa frequenza la positività del reperto del bacillo di Kock nelle urine dei pazienti stessi. Inoltre, anche in alcuni casi nei quali il reperto batteriologico è stato negativo, l'esame anatomo patologico del rene asportato ha fatto constatare, con una percentuale notevole, la concomitanza di lesioni tubercolari.

Conclude affermando che l'associazione fra le due entità patologiche è molto frequente e dà una interpretazione del fatto dovuto forse al fattore traumatico.

BRANCACCIO, D'ISTRIA, VERARDI (Napoli). — *Papilloma degenerato di un calice renale.* — Clinicamente due ematurie; rene grosso, fisso e poco dolente. Radiografia diretta: Rene aumentato di volume almeno tre volte più del normale, assenza di ombre riferibili a calcoli. Interessante invece il reperto della pielografia ascendente: Un sottile canale mette in comunicazione la pelvi di aspetto normale con un'ampia sacca irregolare, a contorni sfrangiati, la quale si prolunga verso l'alto per cinque-sei centimetri. La scarsa ed irregolare penetrazione del mezzo opaco farebbe persino pensare a diffusione del liquido nei tessuti circostanti la ghiandola per perforazione della pelvi a mezzo della sonda, se l'ombra renale non si estrinsecasse prevalentemente in alto respingendo in direzione opposta la pelvi. La diagnosi resta quindi di probabilità o per cisti o per cavità ascessuale o per sacca di disfacimento neoplastico. Al tavolo operatorio si trova invece che l'ombra anormale corrisponde ad un calice ectasico e proliferante di villi neoplastici, i quali hanno ancora invaso buoni tre quarti del parenchima renale.

CATTERINA (Genova). — *Trattamento chirurgico del rene mobile.* — L'O. illustra un suo particolare metodo per il trattamento chirurgico del rene mobile, che sospende alla 12ª costola dopo averlo racchiuso in un involucro di gomma. Mostra gli apparecchi da lui ideati.

DI GIACOMO A. (Milano). — *Ascessi perirenali ad andamento clinico e anatomo-patologico raro.* —L'O. porta il contributo di alcune osservazioni cliniche sulle perinefriti suppurative in cui il processo si era svolto in modo subdolo e con raro andamento clinico. Lo studio isto-patologico ha poi posto in evidenza anche la rarità tra nesso causale ed effetto morboso, in alcuni dei casi trattati.

DODERO G. (Milano). — *Considerazioni su un caso di tumore renale.* — L'O. comunica un caso di adenocarcinoma del rene fortemente atipico.

FALCI E. (Napoli). — *Su l'ascesso perirenale.* — L'O. comunica cinque casi di supppurazione perirenale, di cui tre presentarono la suppurazione allo stadio di infiltrazione e guarirono con cure vacciniche, gli altri due avevano l'ascesso perirenale; per questi le cure vacciniche non dettero alcun risultato e guarirono con l'atto operativo.

L'O. richiama l'attenzione sui dati clinici che devono guidare e precisare la diagnosi ed insiste affinchè essi vengano conosciuti dai medici e chirurgi generici per richiedere tempestivamente l'intervento dell'urologo.

L'O. inoltre non avendo ottenuto alcun dato positivo per vedersi confermata la diagnosi clinica attraverso ricerche radiografiche fa rilevare la nessuna importanza dell'esame radiografico nei casi di suppurazione perirenale.

Circa la terapia egli ha ottenuto ottimi risultati nella solidità e regolarità della cicatrice della breccia operatoria lombare, effettuando la sutura di essa e restando un drenaggio in comunicazione con la cavità ascessuale. Ritiene che, in tal modo, si possa evitare il possibile pericolo di formazione di ernie lombari.

LILLA P. (Livorno). — *Nuovo contributo alla clinica delle resezioni renali.* — L'O. che è stato già relatore sull'argomento al XVI Congresso della Società di Urologia, riferisce su di una particolare indicazione di questo intervento in un caso di sindrome dolorosa renale legata anatomicamente ad ectasia del calice superiore ed inferiore; illustra il risultato ottimo ottenuto e discute sulle indicazioni terapeutiche.

MALTESE LE ROY C. A. (Padova). — *Grosso calcolo a stampo del bacinetto in rene unico residuo.* — L'O. espone il caso di un paziente il quale, operato nel 1929 per calcolosi vescicale (calcoli di fosfato di calcio) ed a cui era stato asportato nel gennaio 1937 il rene destro per un calcolo alla estremità inferiore dell'uretere, venne alla sua osservazione nel dicembre 1937 per coliche renali violente con febbre altissima.

Un esame radiologico completo mise in evidenza un grosso calcolo dal bacinetto a stampo con diramazioni ai calici: il bacinetto, non dilatato, era del tutto coperto dal parenchima renale.

L'asportazione completa del calcolo fu possibile per pielotomia allargata senza il minimo inconveniente e con guarigione perfetta in 20 giorni.

L'O. dopo aver insistito sulla necessità di essere conservatori ad oltranza nelle calcolosi renali sopratutto se fosfatiche, mette in rilievo i pericoli della nefrotomia classica e l'importanza pratica della pielotomia allargata di Marion. Accenna alla pielotomia inferiore di Zuckerkandl e alla pielotomia unita a piccole nefrotomie limitate.

Tali metodi operatori, benigni e scevri di complicazioni, dovrebbero essere sostituiti quasi sempre alla nefrotomia ampia.

MALTESE LE ROY C. A. (Padova). — *Pionefrite in prostatico disteso sondato. Cistotomia, nefrectomia sinistra, adenonectomia. Guarigione.* — L'O. riferisce su un prostatico che dopo cateterismo presentò gravi fatti tossi-infettivi per cui fu trattato prima con una cistotomia e poi, fatta diagnosi di suppurazione del rene sinistro, con la nefrectomia. Dopo 40 giorni adenomectomia che l'infermo sopportò benissimo. All'illustrazione del caso seguono considerazioni patologiche, diagnostiche e terapeutiche sulle pionefriti.

NISIO G. (Bari). — *Contusione renale indiretta che slatentizza e mobilizza un calcoletto del rene.* — L'O. richiama l'importanza, agli effetti infortunistici, della conoscenza dei rapporti fra trauma e calcolosi renale; ricorda che il fattore fondamentale messo in evidenza dagli Autori per dimostrare la provenienza traumatica di un calcolo è che il nucleo di questo sia costituito da un coagulo sanguigno. Viceversa non pochi casi riferiti per calcolosi traumatica non sono nè più nè meno che calcoli slatentizzati dal trauma, ovvero mobilizzati da questo. A dimostrazione dell'assunto presenta un caso tipico.

Nisio G. (Bari). — *Lieve contusione renale seguita da ematuria intensa e persistente in sinfisi renale unilaterale (rene fuso).* — Salendo su di un biroccio, un uomo scivola sul predellino e batte il fianco destro sul bordo della pedana. Riprende il viaggio e, un'ora dopo, la prima ematuria, che inizia e dura profusa per diversi giorni. La pielografia ascendente mostra un pielogramma ectasico, ma dal quale non traspare anomalia (sinfisi) che invece è resa chiaramente manifesta dalla pielografia discendente.

Oberholtzer A. (Roma). — *Sulla calcificazione dei trapianti muscolari del rene.* — L'O. ha studiato su infermi operati e su animali il comportamento dei trapianti di muscolo nel rene a scopo emostatico. Mediante radiografie eseguite su una decina di infermi a notevole distanza di tempo dall'operazione, e con l'esame di reni asportati agli animali sacrificati ad oltre un anno di distanza dall'avvenuto trapianto, dimostra che il pericolo, segnalato da alcuni, di una possibile calcificazione del tessuto trapiantato, non esiste. Non ha potuto infatti mai riscontrare tale calcificazione.

Patriarca M. (Roma). — *Iperazotemia ed estratti renali (nota preventiva).* — L'O. accenna alle già note teorie sulla secrezione interna del rene e delle esperienze finora conosciute in proposito.

Cita sei casi di iperazotemia — di origine varia — trattati con opoterapia renale con esiti per lo più dimostrativi.

Si riserva le conclusioni dopo ulteriori ricerche che ha in corso.

Pazzi M. (Milano). — *Considerazioni su alcuni casi gravi di calcolosi renale a sintomatologia silente.* — L'O. descrive due casi di calcolosi renale bilaterale multipla con assenza o quasi di sintomatologia dolorosa e a funzionalità renale buona, nonostante le gravissime lesioni anatomopatologiche.

Rizzi R. (Milano). — *Rara evoluzione di processi suppurativi acuti del rene.* — L'O. descrive tre casi di ascesso renale conseguente a pielite o cistopielite nei quali il reperto radiografico poteva facilmente trarre in inganno in quanto in due di questi casi faceva pensare alla possibilità di lesioni tubercolari, più che all'esito di fatti suppurativi acuti. Parla brevemente della diagnosi e della condotta terapeutica da seguire in tali casi.

Verardi. — *Raro caso di litiasi multipla renale.* — Si tratta di un uomo di 57 anni che ha avuto la prima colica in età di 5 anni. Ricorda di essere stato sempre piurico. Dall'età di 12 anni, dopo un'ematuria, ha cominciato ad emettere calcoli in abbondanza e si può dire senza interruzione, talvolta preceduti da coliche. La radiografia, eseguita tre mesi or sono, mostra al posto dei reni due sacche ripiene letteralmente di piccoli e medi calcoli, i quali si trovano anche lungo gli ureteri. Pur non dimeno l'infermo, che fà semplice cura idrica, ha ottimo aspetto, è ben portante ed esercita una professione di grande attività anche fisica.

Zito F. (Palermo). — *Ematuria renale unilaterale.* — L'O., a contributo delle conoscenze precedenti, riporta due casi di ematurie renali unilaterali in soggetti affetti da t. b. c. del rene opposto, guariti dopo la nefrectomia di quest'ultimo.

Comunicazioni su argomenti riguardanti gli ureteri.

Bianchi G. C. (Roma). — *Esiti a distanza di interventi conservatori nelle occlusioni dell'uretere.* — Sono stati osservati, a distanza di due anni e mezzo sino a pochi giorni, 38 casi di calcolosi ureterale dei quali 28 operati con ureterotomia e 10 dopo eliminazione spontanea del calcolo. Lo studio è stato fatto sottoponendo i malati alla cistoscopia, all'eliminazione del colore ed alcuni ad urografia endovenosa (quando non è stata possibile la cistoscopia) e confrontando con le condizioni prima dell'eliminazione dell'ostacolo.

In ben 22 casi si è avuta una completa « restitutio ad integrum » della funzionalità renale, anche dopo un mese. Negli altri casi un notevolissimo miglioramento.

Nessun caso di recidiva.

Bravetta G. (Milano). — *Considerazioni su tre casi di ureterite cistica.* — Vengono descritti e commentati tre casi di ureterite cistica i quali confermano l'insorgenza della malattia in seguito ad infiammazione cronica delle vie urinarie, e dimostrano come l'esatta diagnosi pielografica seguita da terapia appropriata permetta di ottenere in molti casi la guarigione della malattia.

Di Maio G. (Milano). — *Sulla glicerino-terapia locale della calcolosi ureterale.* — L'O. in 12 casi opportunamente studiati e nei quali dalle diagnosi urologiche aveva ottenuto gli elementi permettenti la cura incruenta (stato anatomico e funzionalità del segmento ureteropielorenale sovrastante, volume e forma del calcolo) ha adottato il metodo usato in tre casi precedenti di calcolosi ureterale pelvica, consistente nella istillazione a monte o in prossimità del calcolo di circa 10 cc. di glicerina senza lasciare a permanenza il catetere ureterale. Ha ottenuto così l'espulsione dei calcoli, a distanza di un numero di giorni che va dai 4 ai 12, senza colica.

Ritiene pertanto che questo metodo merita di essere tenuto presente quando si può tentare la cura incruenta della calcolosi ureterale.

Pavone M. (Palermo). — *Espulsione spontanea di calcoli ureterali dopo nefrostomia per anuria calcolosa.* — È noto come una delle più gravi complicazioni della calcolosi ureterale, specie doppia, sia l'anuria.

Spesso le condizioni dei pazienti non consentono un intervento causale, per cui si è costretti, se fallisce il cateterismo ureterale, che deve essere sempre tentato, a praticare d'urgenza la nefrostomia sotto anestesia locale.

Quest'intervento, oltrechè utile per gli effetti immediati, può anche favorire l'eliminazione dei calcoli.

L'O. riferisce su alcuni casi nei quali tale espulsione si è verificata, anche se i calcoli stessi erano stati da lungo tempo fermi nell'uretere.

Cerca spiegare la causa del fatto.

Consiglia, inoltre, di utilizzare, quando è possibile, il cateterismo retrogrado dell'uretere, secondo la tecnica di Parlavecchio, e, in ogni caso, di tentare, durante la nefrostomia, di introdurre e lasciare nell'uretere, sulla guida del dito introdotto nel bacinetto, una sonda ureterale che, se giunge al livello del calcolo, ne facilita l'espulsione.

Con questo meccanismo l'O. ha potuto ottenere, in alcuni casi, la fuoruscita spontanea dei calcoli.

COMUNICAZIONI SU ARGOMENTI RIGUARDANTI LA VESCICA.

DI GIACOMO A. (Milano). — *Contributo allo studio delle cistiti incrostate di origine tubercolare.* — L'O. dopo una sommaria trattazione delle cistiti tubercolari in genere, riferisce su di un caso caratteristico per la sintomatologia e l'evoluzione delle lesioni infiammatorie.

FROSSASCO S. (Torino). — *La cura locale delle bilharziosi vescicale.* — L'O. descrive un caso di bilharziosi vescicale in un bambino di 10 anni proveniente da Mogadiscio in cui ottenne la scomparsa dell'ematuria terminale, associando alla terapia generale con tartaro stibiato la elettrocoagulazione per via endoscopica di una trentina di nodetti perlacei di uova di bilharzia e di un tumoretto granulomatoso della mucosa vescicale.

SCANDURRA S. (Roma). *Bilharziosi della vescica complicata a papillomi e calcolo vescicale.* — L'O. comunica tre casi di infezione bilharziosa della vescica associata ad altri quadri patologici — calcolosi e tumore.

Afferma l'importanza dell'esame cistoscopico per quanto riguarda la diagnosi, indi passa a trattare la terapia che nei casi in ispecie è di attinenza medica e chirurgica.

SCANDURRA S. (Roma). — *Come curare le paresi e paralisi vescicali conseguenti a lesioni traumatiche della colonna vertebrale* — L'O. riferisce a proposito di due casi di lesione spinale con gravi distensioni vescicali e si ferma a trattare la terapia da seguire per quello che riguarda la vescica — a secondo lo stadio in cui osserviamo gli ammalati. La terapia si divide in conservativa ed in chirurgica (cistotomia soprapubica preventiva).

VERARDI M. (Napoli). — *Cistite incrostata e reflusso.* — L'O. illustrando due casi di cistite incrostata, da lui operati, nei quali ha trovato reflusso vescico-ureterale, ammette che sia stata la cistite a provocare il reflusso, perchè crede che l'abolita contrazione della parte vescicale attraversata dall'uretere possa da se sola determinare il reflusso, e consiglia perciò un più largo uso della cistografia nelle cistiti croniche anche non incrostate. Non condivide l'assolutismo di coloro secondo i quali l'atonia ureterale è « conditio sine qua non » per il reflusso. Egli pensa invece che tale atonia qualche volta possa essere la conseguenza e non la causa.

COMUNICAZIONI SU ARGOMENTI RIGUARDANTI LA PROSTATA

MALTESE LE ROY C. A. (Padova). — *Ascessi della prostata a sintomatologia frusta.* — L'O. illustra quattro casi di ascesso della prostata da lui operati e nei quali la sintomatologia era incompleta, mancando la maggior parte dei sintomi classici; in un caso l'unico sintomo era un forte dolore a tipo nevralgico. La diagnosi fu fatta in base all'esame rettale. L'O. è sostenitore dell'intervento precoce e raccomanda l'incisione perineale verticale secondo Marion.

RAIMOLDI G. (Roma). — *La cura del carcinoma prostatico con i raggi X.* — Premesso che il carcinoma della prostata se è ancora nei limiti dell'operabilità deve essere asportato per via perineale, richiama l'attenzione su carcinomi prostatici che avendo sconfinato dalle capsule hanno spesso valide aderenze e non possono perciò essere asportate chirurgicamente.

Dieci di questi ultimi malati sono stati sottoposti ad applicazione di raggi X con apparecchio a 500.000 volta, nella Clinica radiologica di Roma. In 4 malati si è avuto un miglioramento notevolissimo e sopravvivono rispettivamente dopo due anni, 16 mesi, 12 mesi, 6 mesi.

Per altri sei casi che presentavano condizioni locali e generali più gravi (carcinosi prostatopelvica): si sono avuti in tre metastasi a distanza, in uno non si è avuto alcun miglioramento: due sono deceduti; uno dopo sei mesi e l'altro dopo un anno.

L'O. raccomanda di praticare sempre l'epicistotomia prima dell'applicazione dei raggi X.

STEFANI F. (Lendinara). — *Estratti di prostata e metabolismo gassoso. Ricerche sperimentali.* — Gli estratti di prostata modificano attivandolo il metabolismo gassoso; ciò in grado maggiore nella femmina che nel maschio e con variazioni in senso opposto a quelle prodotte dall'estratto di testicolo

Esiste un certo antagonismo tra azione sugli scambi gassosi dell'estratto di prostata e quella dell'estratto di testicolo. Nel sangue refluo dalla prostata sembrano esistere sostanze ad azione analoga.

COMUNICAZIONI SU ARGOMENTI RIGUARDANTI L'URETRA ED I GENITALI

MALTESE LE ROY C. A. (Padova). — *Fibrocavernoma dell'uretra femminile.* — L'O. illustra il caso di un tumoretto dell'uretra di una donna, del volume di una ciliegia e sporgente dal meato, da lui asportato cruentemente.

L'esame istologico dimostrò trattarsi di un fibro-cavernoma, tumore che l'O. ritiene estremamente raro. Seguono le considerazioni diagnostiche e patogenetiche.

MARRONI O. (Roma). — *Il trattamento delle forme para-urinarie. La tubercolosi del testicolo.* — L'O. espone i risultati da lui ottenuti, oltre che nelle diverse forme di tubercolosi chirurgica, nel trattamento dell'orco-epididimite specifica con il suo speciale metodo di cura, sostenendo che questi processi, chimicamente trattati, possono guarire senza necessità di interventi demolitori.

COMUNICAZIONI SU ARGOMENTI RIGUARDANTI ARGOMENTI VARI

BRAVETTA G. (Milano). — *Sulla persistenza del bacillo di Kock nelle urine dei nefrectomizzati.* — L'O. dalle microculture di 32 individui operati di nefrectomia per tubercolosi renale eseguita a distanza da 4 mesi a 22 anni dall'intervento, ha trovato che 10 degli infermi erano ancora portatori del bacillo di Kock.

Richiama l'attenzione sulla necessità di considerare infettanti gli ammalati fino a che i germi specifici non siano scomparsi, ciò che ha grande importanza sociale, specie oggi che la lotta contro la tubercolosi viene condotta con rinnovellata energia.

MAZZINI C. e VERARDI G. (Bologna). — *Il mandelato di esametilentetramina e dietilendiamina nella cura delle affezioni delle vie urinarie.* — Gli OO. hanno sperimentato sugli animali e poi in 20 infermi questo preparato per iniezioni intramuscolari ed endovenose. Riferiscono sui risultati ottenuti e sulle indicazioni terapeutiche: infezioni delle vie urinarie ed alcune diatesi urinarie come fosfaturie ed ossalurie.

Dott. ALBERTO OBERHOLTZER.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Lo sprue endemico.

Lo sprue (W. Hontz. *Klinische Wochenschr.*, 24 dicembre 1938) è una malattia che molto di rado può veramente guarire, può però con una adatta terapia migliorare notevolmente anche in casi gravi, di modo chè i pazienti possono fare una vita normale e lavorare. I sintomi principali, le feci grasse, l'anemia, la magrezza, sono dovuti a disturbi intestinali, avitaminici ed endocrini. I sintomi intestinali si curano con la dieta: l'alimentazione deve essere povera di grasso e di idrati di carbonio, ricca di proteine, di erbaggi e di frutta, prevalentemente crudi. Miglioratesi le condizioni di riassorbimento intestinale si può aggiungere un po' di grasso, preferibilmente in forma di burro fresco.

Dopo qualche tempo si può passare ad una dieta mista, leggera che deve essere sempre povera di grassi. L'anemia, che nella maggior parte dei casi è di tipo pernicioso, si cura con gli estratti di fegato. Date le cattive condizioni di assorbimento intestinale l'estratto di fegato va dato per via parenterale, in forti dosi, per settimane e spesso per mesi. Al momento della remissione si deve somministrare anche ferro. Se l'anemia è molto intensa è necessario ricorrere anche alle trasfusioni di sangue. La somministrazione di erbaggi e frutta crude e di estratti di fegato, combatte a sufficienza la ipovitaminosi. La vantata somministrazione di preparati di corteccia surrenale e di lievito non ha dato all'A. alcun risultato. Molte complicazioni compaiono soltanto quando la malattia è migliorata: così la polmonite, le cistopieliti, le trombflebiti, l'insufficienza di cuore, la tubercolosi: esse vanno razionalmente curate. P.

La sieroterapia anticolibacillare nelle appendiciti gravi.

H. Vincent (*Bull. Acad. Méd.*, 17 gennaio 1939) patrocina caldamente l'uso della sierotepia anticolibacillare nelle forme gravi o complicate dell'appendicite e riporta una larga statistica di diversi riparti chirurgici. Risulta che tale sieroterapia, da sola od associata con il siero antigangrenoso polivalente, esercita sull'evoluzione delle appendiciti gravi o su quelle che sono maligne e complicate di peritonite un'influenza notevole; i pareri dei chirurghi che ne hanno fatto uso sono unanimi in questo senso. In iniezioni sottocutanee, completate dall'aspirazione del liquido peritoneale seguita dal « bagno » locale col siero anticolibacillare, questo metodo è il complemento necessario dell'appendicectomia, ogni qual volta la vita dell'operato è minacciata.

Su 100 operati per appendicite gangrenosa *grave*, il numero dei decessi è ridotto assai; si trattava di pazienti operati tra il 4° ed il 9° giorno dall'inizio della crisi, in piena peritonite generalizzata e votati ad una morte certa, a cui, mediante la sieroterapia più del 75 % ha potuto sottrarsi. Il metodo è stato applicato con successo anche in gravide con appendicite grave.

Le iniezioni hanno pure il vantaggio di determinare il riassorbimento rapido dei piastroni peritoneali; messo in opera come complemento dell'appendicectomia, esso permetterà di salvare così molte vite. Viene applicato nel modo seguente.

Nelle forme serie o maligne, nonchè in quelle tossiemiche o setticemiche, si inietteranno subito 50-100 cmc. di siero anticolibacillare; la dose sarà proporzionata alla gravità della prognosi; la si diminuisce poi progressivamente man mano che regrediscono i sintomi tossi-infettivi. La prima iniezione va fatta al più presto.

Ad addome aperto, si preleverà una goccia del pus o della sierosità peritoneale in un punto lontano dall'appendice, allo scopo di farne l'esame microscopico e culturale (per il *B. coli*, l'A. raccomanda il brodo fenicato a 0,75 ‰).

La sieroterapia sottocutanea sarà completata da quella locale, diluendo il siero con 1/2 a 1/3 di soluzione fisiologica ed introducendolo nella cavità addominale, dopo aspirazione del pus o del siero.

Secondo la risposta del laboratorio, si assocerà il siero antigangrenoso polivalente e, se è in causa lo streptococco emolitico od il *viridans*, si userà il siero antistreptococcico.

In una seduta precedente, Weinberg aveva riportato 8 casi di crisi acuta di appendicite, in cui la sola sieroterapia aveva data la guarigione, concludendone che la crisi era stata scongiurata per il solo fatto della sieroterapia. P. Duval, nella seduta del 17 gennaio, insiste invece sulla necessità dell'operazione *sistematica* precoce, augurandosi che l'Accademia di medicina prenda in esame la questione, allo scopo di stabilire che l'intervento precoce deve costituire il solo trattamento della crisi, al punto che se esso è applicato nelle prime 24 ore, la mortalità è nulla. *fil.*

Le poliartriti tubercolari associate ad altre lesioni.

R. Poinso e F. Liotier (*Marseille méd.*, 15 maggio 1938) riferiscono il caso di una donna di 24 anni in cui si ebbero:

1) delle manifestazioni articolari sierose, flussionarie, mobili, analoghe a quelle della malattia di Bouillaud, caratterizzate ora da semplici artralgie, ora da presenza di essudato che ricordava l'idartrosi;

2) manifestazioni suppurative con fistolizzazione consecutive, in corrispondenza del cul

di sacco di varie sinoviali (ginocchio, collo del piede destro) o delle borse sierose sopra-articolari (olecrano sinistro); tali manifestazioni sono state superficiali;

3) un'osteo-artrite anchilosante.

La molteplicità delle articolazioni colpite, la loro variazione evolutiva, le suppurazioni peri-articolari individualizzano questa forma che gli AA. chiamano variopinta (*panachée*) delle poliartriti tubercolari.

La diagnosi di tubercolosi si è basata su argomenti precisi: antecedenti (pleurite, temperatura, cattivo stato generale e dimagrimento); tuberculidi cutanee e soprattutto inoculazione positiva alla cavia del liquido di puntura di un cul-di-sacco sinoviale, fatto quest'ultimo abbastanza raro.

La terapia istituita è stata quella classica: immobilizzazione gessata, crisoterapia a deboli dosi, antigeno-terapia. Si sono avuti notevoli successi, dapprima sullo stato generale, poi sulla temperatura che è tornata assai lentamente alla normale. Dopo 2 anni, la malata era guarita, avendo come residuo soltanto qualche scricchiolìo alle ginocchia ed un'anchilosi parziale del gomito sinistro. *fil.*

Frattura della gamba ed embolia polmonare a pseudo-sindrome addominale.

P. Lande, P. Derville e J. Lange (*Soc. de méd. leg. de France*, 4 luglio 1938) riportano il caso di un uomo di 52 anni che aveva avuto frattura della gamba, ridotta in buona posizione; durante il decorso della immobilizzazione, 3 settimane dopo l'incidente, si manifesta una sindrome addominale grave, per cui si procede a laparotomia d'urgenza. Non si trova nessuna lesione; 48 ore dopo l'intervento, morte in stato di collasso cardiaco.

L'autopsia, negativa dal punto di vista addominale, rivela l'esistenza di un recente e voluminoso infarto del lobo inferiore del polmone destro, come si osserva in seguito ad embolia. Gli AA. insistono sui punti seguenti: assenza di qualsiasi segno di flebite, semeiologia atipica dell'embolia, con sindrome dolorosa addominale. *fil.*

Ostosi e periostosi nell'avitaminosi C cronica.

G. Mouriquand e M. Dauvergne (*Le Journal Médical Français*, dicembre 1938) hanno realizzato uno stato di avitaminosi cronica in animali da esperimento.

Esaminando radiologicamente gli animali in avitaminosi essi hanno notato verso l'80° giorno della carenza parziale un ispessimento del periostio che inizia il più spesso sulla superfice interna del femore destro. Tale periostosi si diffonde a poco a poco a tutto il femore, alla tibia e al perone che divengono ispessiti e a contorni irregolari. Nello stadio avanzato tali alterazioni scheletriche sono irreversibili e non si modificano neppure sotto l'azione prolungata di forti dosi di acido ascorbico.

Secondo gli AA. è lecito supporre che l'uomo, come l'animale possa presentare in certe circostanze, delle lesioni da cronica avitaminosi, caratterizzata da un tipo di osteopatia più o meno vicino a quello realizzabile sperimentalmente. Sembra però che nell'uomo tali lesioni possano comparire solo dopo un lunghissimo periodo di cronica avitaminosi.

IANDOLO.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

Importanza dell'elettrocardiogramma nei disturbi di irrorazione del miocardio.

La insufficienza delle coronarie porta delle modificazioni dell'elettrocardiogramma che, secondo Büchner F. (*Klin. Wschr.*, *50*, 1938) sono nella maggior parte dei casi rappresentati da un abbassamento al disotto dell'asse isoelettrico del pezzo intermedio (Zwischenstück) S-T. Secondo l'A. le insufficienze coronariche potrebbero essere divise nei tre seguenti gruppi:

1) stenosi gravi delle coronarie da arteriosclerosi o arterite luetica che conducono ad un'insufficiente irrorazione del miocardio anche durante il riposo;

2) insufficiente apporto in O_2 sia per diminuzione della quantità di Hb (anemia) sia per diminuzione dell'Hb libera (intossicazione da CO);

3) relativa insufficienza del sangue per ipertrofia totale o di una sezione del muscolo cardiaco. In questo caso le arterie coronariche sono perfettamente integre sia nella loro struttura sia nella loro funzione.

Nel caso dell'ipertrofia cardiaca pare secondo molti autori che il bisogno in O_2 non cresca in rapporto diretto con il grado dell'ipertrofia ma che aumenti in modo assai più notevole. In ognuno dei tre gruppi indicati, l'A. avrebbe trovato come reperto costante le accennate modificazioni dell'elettrocardiogramma consistenti in un abbassamento del tratto S-T al disotto dell'asse isoelettrico nella prima ed una corrispondente elevazione dello stesso tratto nella 2ª derivazione dell'elettrocardiogramma. L. TRAVIA.

MEDICINA SOCIALE.

Una legge speciale per prevenire l'eclampsia puerperale?

P. Gaifami (*Clinica ostetrica e ginecologica*, gennaio 1939) prende lo spunto da un opuscolo del prof. M. Loreti il quale propone, allo scopo di rendere più attiva la profilassi delle intossicazioni gravidiche, specialmente della eclampsia, di rendere obbligatorio per legge l'esame sistematico e periodico delle urine delle gestanti dopo il V mese di gravidanza, afferma che, se si vuole legiferare profilatticamente nei riguardi della maternità, bisogna prendere il problema nella sua complessità e non guardare solo il capitolo delle intossicazioni gravidiche. Bisogna,

in altri termini, affrontare il problema della dichiarazione obbligatoria della gravidanza: tale dichiarazione, imposta per legge, includerebbe tutti i provvedimenti sanitari profilattici che l'esperienza ha suggerito, ed è basilare fra questi il controllo sistematico delle urine.

F. TOSTI.

MEDICINA SCIENTIFICA

La funzionalità surrenale nella malaria.

Essendo le capsule serrunali uno degli organi più colpiti nell'infezione malarica, F. Chessa (*Rivista di Malariologia*, fasc. 6, 1938) ha voluto studiare la funzionalità surrenale in 21 malarici acuti e cronici, di cui alcuni con parassiti circolanti (pl. vivax e pl. falciparum), altri senza parassiti circolanti. Tra i vari metodi per esplorare la funzionalità surrenale l'A. ha scelto quello basato sulla grande sensibilità che gli iposurrenali mostrano a dosi anche piccole di insulina, dosi le quali in questi ammalati provocano disturbi ipoglicemici che non sogliono provocare in individui normali. L'A. ha perciò esaminato nei suoi malati la funzionalità surrenale saggiando la loro sensibilità all'insulina e seguendone la curva glicemica dopo introduzione dell'ormone: ha considerato come mostranti una sensibilità normale all'insulina i soggetti la cui curva mostrava un abbassamento del tasso glicemico non superiore ai 0,20-0,30 mg. e che entro le 2 ore mostravano un potere sufficiente di ricupero del tasso glicemico, e come ipersensibili all'insulina invece quelli in cui, dopo la introduzione di questa, i valori glicemici si abbassavano di oltre 0,30 mg. e che entro le 2 ore non raggiungevano un tasso glicemico aggirantesi sui valori iniziali o li superavano.

Le ricerche dell'A. hanno mostrato che in una discreta percentuale dei malarici esaminati (35 %) si può rilevare una ipersensibilità all'insulina e che in alcuni di essi la curva glicemica post-insulinica mostra anche uno scarso potere da parte dell'organismo a difendersi da attacchi ipoglicemizzanti: questi fatti provano una deficienza della funzionalità surrenale. Dato che le suddette disfunzioni si rilevano, con la stessa frequenza, sia nei malarici acuti che in quelli cronici, si può pensare che le lesioni indotte dalla malaria sulle capsule surrenali non sianc facilmente guaribili. Non è da escludere infine un certo grado di ipofunzionalità anche del fegato e, forse, della tiroide.

F. TOSTI.

NOTE STORICHE

A proposito delle larve di mosca nella cura delle osteomieliti.

In questa nota storica a proposito della cura Baer con le larve di mosca della osteomielite F. Mandruzzato (*Rivista di Chirurgia*, dicembre 1938) ricorda che osservazioni sulle larve erano già state fatte da altri autori molto tempo prima di Baer. A conferma di ciò riporta molte citazioni sull'argomento da antichi autori. Così Ambrogio Parè (1517-1590) scriveva della possibilità dello sviluppo di larve di mosca su certe ferite, sviluppo però che non pregiudicava l'andamento del processo settico. Lo stesso osservò Fabrizio d'Acquapendente. Analogamente J. Larrey (1766-1842), famoso chirurgo militare di Napoleone, notò, nella spedizione in Egitto, la presenza in alcune ferite di larve di mosca non solo senza pregiudizio nella guarigione di essa, ma anzi con azione accelerante sulla cicatrizzazione.

Del resto anche Baer nel suo lavoro originale riferiva questi cenni storici.

Più interessante di tutte è una osservazione di F. Zacharias di Cumberland il quale, durante la guerra civile americana, usò per la prima volta le larve di mosca allo scopo di eliminare i tessuti necrotici e con risultato ottimo giacchè in un sol giorno le larve pulirono la ferita meglio di ogni altro mezzo allora a disposizione.

Con questi cenni l'A. non intende infirmare al Baer la paternità del metodo perchè va attribuita a lui l'applicazione pratica e scientifica delle larve di mosca nella cura delle osteomieliti.

F. TOSTI.

VARIA

Servizio medico con il paracadute.

« Il Giornale d'Italia » del 14 febbraio reca da Stoccolma:

Gli abitanti di certi territori svedesi e specialmente della Lapponia sono completamente separati dal mondo civilizzato, e il medico che deve soccorrerli è obbligato a servirsi dell'aeroplano. All'annuncio di un lappone gravemente malato, il medico vola subito da lui. Durante il giorno è relativamente facile orizzontarsi sul luogo indicato ed atterrarvi, mentre di notte esso deve essere segnalato per mezzo di fuochi. Ma anche se questo sistema funziona bene, non sempre si trova il posto adatto per atterrare. Ed è successo qualche volta che l'aiuto medico sia giunto troppo tardi. Il Ministero dell'Interno svedese ha ordinato ora che i medici dell'ambulanza aerea debbano partecipare ad un corso di paracadutisti. In qualunque caso così il pronto soccorso sarà possibile perchè i medici potranno calarsi dagli aeroplani con il paracadute.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Ente Autonomo Acquedotto Pugliese. Relazione al Parlamento sull'andamento dell'azienda dal 1° luglio 1936 al 30 giugno 1937. Editrice Tipografica, Bari, 1938.

V. GRAMAZIO. *Sindrome di Claude Bernard-Horner consecutiva ad operazione di Jacobaeus.* Tip. A. Colombo, Cusano Milanino, 1938.

F. MARTA. *Potenziamento e selezione demografica.* Arti Grafiche Gualdoni, Milano, 1938.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CULTURA SUPERIORE

Riordinamento della scuola.

La « Carta della scuola » ha una vasta portata, poichè la scuola costituisce l'arma più poderosa per forgiare l'avvenire.

Riforma totale, organica, ubbidiente ai fini dello Stato ed in rapporto a funzioni militari, politiche e di sanità razziale. Ha per mira l'interesse della collettività, che deve prevalere su quello dei singoli.

Ci limitiamo, per la cronaca, a riprodurre quanto riguarda:

L'ORDINE UNIVERSITARIO

XIX Dichiarazione.

L'Università ha per fine di promuovere in un ordine di alta responsabilità politica e morale, il progresso della scienza e di fornire la coltura scientifica necessaria per l'esercizio degli uffici e delle professioni.

I corsi e le scuole di perfezionamento hanno caratteri e fini prettamente scientifici; i corsi e le scuole di specializzazione hanno finalità prevalentemente pratiche in rapporto a determinati rami di attività professionali.

Addestramento sportivo-militare e pratica del lavoro concorrono alla formazione spirituale dei giovani.

CONCORSI.

Posti vacanti.

LITTORIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Concorso, per titoli ed esami, a tre posti di direttore delle Sezioni Dispensariali: *a)* GAETA-FONDI; *b)* PRIVERNO-TERRACINA; *c)* FORMIA-MINTURNO. Per gli stipendi e altre condizioni vedere al precedente fascicolo 8, pagina 366.

Scadenza per tutti i tre posti il 14 aprile 1939-XVII, ore diciotto. Per altri chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Provinciale Antitubercolare di Littoria.

ROMA. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — Sei posti di medico nel ruolo del Servizio Sanitario; titoli ed esami; scad. ore 12 del 15 aprile. Non sono ammesse le donne e gli appartenenti alla razza ebraica. Età limite 35 a. Stip. L. 17.169,40 nette; eventuale aggiunta di famiglia. Per informazioni e per copie del bando di concorso rivolgersi alla Direz. generale (Servizio Personale, via Sallustiana 51, Roma).

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Il numero dei posti messi a concorso per medico provinciale aggiunto di seconda classe in prova nell'amministrazione della Sanità Pubblica, è elevato ad 8 e la scadenza è prorogata a tutto il 5 marzo.

TRIPOLI. *R. Prefettura.* — Concorso a posti di medico condotto per i Municipi di Savratha, Zavia (condotte al Villaggio Oliveti e al Villaggio Bianchi e Giordani), Tagiura (condotta a Castel Benito), Azizia, Jefren (condotte a Jefren e Giado), Nalut (condotte a Nalut e Gadames), Mizda.

Le prime quattro condotte appartengono alla 3ª categoria con stipendio base annuo di L. 15 mila e con diritto a 5 aumenti quadriennali di 1/10. Le altre sei appartengono alla 4ª categoria, con stipendio base annuo di L. 16.000 e con 5 aumenti quadriennali. Le indennità coloniali e di famiglia verranno corrisposte nella stessa misura spettante agli impiegati statali di pari stipendio. Gli stipendi e le indennità sono soggetti alle ritenute di legge.

Gli aspiranti al concorso, che non devono aver superato i 34 anni di età, dovranno far pervenire alla R. Prefettura di Tripoli, entro il 15 marzo 1939-XVII, domanda in carta da bollo da lire 4 corredata dai documenti di rito. Il limite di età può essere elevato come di consueto.

Al concorso possono anche partecipare, indipendentemente dal limite di età, i medici che prestino servizio nelle Colonie italiane e i sanitari condotti nominati in seguito a concorso che si trovino in servizio in Colonia.

L'esame consiste in due prove pratiche, di cui una di medicina e l'altra di chirurgia ed ostetricia.

RR. Prefetture

Sono aperti i concorsi di seguito indicati:

Condotte mediche nelle province di:

Firenze, per 10 posti, scad. 15 aprile;
Lecce, per 12 posti, scad. 31 marzo;
Livorno, per 8 posti, scad. 31 marzo, ore 18;
Lucca, per 6 posti, scad. 31 marzo;
Messina, per 4 posti, scad. 30 aprile, ore 12;
Parma, per 4 posti (di cui 1 nel capol.), scad. 31 marzo;
Pesaro, per 17 posti, scad. 31 marzo;
Rieti, per 4 posti, scad. 30 maggio;
Torino, per 10 posti (3 nel capol.), scad. 30 maggio;
Verona, per 12 posti, scad. 30 apr., ore 12.

Laboratori provinciali d'igiene e profilassi, Sez. med.-micrograf., nelle province di:

Lucca, per assistente, scad. 31 marzo;
Pavia, per assistente, scad. 31 maggio, ore 12;
Potenza, per coadiutore, scad. 31 marzo, ore 18.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il 25 gennaio u. s. si è riunita la Commissione per la libera docenza in igiene, presieduta da S. E. il prof. Dante De Blasi.

Tra i candidati vincitori, è risultato ad unanimità il dott. Giovanni Labranca, aiuto nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma.

Il dott. Labranca proviene dalla valorosa scuola d'igiene romana che vanta nobilissime tradizioni e che è diretta dal nostro grande igienista e scienziato, prof. Dante De Blasi, accademico d'Italia.

Le brillanti attitudini didattiche e la notevole maturità scientifica possedute dal Labranca dànno ampio e sicuro affidamento per il suo avvenire di studioso.

Al neo docente i nostri vivissimi rallegramenti.

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE

Il 1° febbraio, in occasione del XV anniversario della istituzione della Milizia Volontaria per la Sicurezza Nazionale, il Duce ha consegnato le ricompense al valore alle Camicie Nere ed ai loro fami-

liari per atti di eroismo compiuti in A.O.I. o in Spagna. Oltre la medaglia d'oro al Centurione medico dott. Luigi Chiavellati (di cui demmo già notizia nel n. 17 dello scorso anno), è stata ora conferita la stessa ricompensa al Capo manipolo medico dott. Antonio Bossonetto del 2° Regg. Fanteria « Frecce Azzurre » del Corpo Truppe Volontarie in Spagna, con la seguente motivazione:

« Capo manipolo dirigente il servizio sanitario di un reggimento di fanteria, già decorato di due medaglie d'argento al valor militare, animato e sorretto dalla fede più calda e da entusiastico ardore combattivo, abbinava, sulle primissime linee del campo di battaglia, l'azione del medico con quella del combattente, destando in tutti ammirazione e rispetto per la sua figura leggendaria e mistica. In un aspro sanguinoso combattimento, visti passare dal posto di medicazione molti ufficiali feriti, si portava in primissima linea con i fanti dove riteneva di poter svolgere anche opera di combattente. Coinvolto in un contrattacco nemico ed in una lotta corpo a corpo, si pose alla testa di due plotoni rimasti privi di ufficiali, animò e trascinò con l'esempio del suo ardore i soldati fino a ricacciare il nemico e raggiungere la posizione stabilita. Ferito al petto da una raffica di mitragliatrice e rimasto privo di parola, faceva segno con la mano ai soldati che lo reggevano di non occuparsi di lui e indicava il trincerone da raggiungere, che costituiva il loro obiettivo. Strada Pauls-Cherta-Tortosa, 16 aprile 1938-XVI ».

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

Le « Giornate di Cardiologia », organizzate dalla Società belga di cardiologia, si terranno a Liegi e Spa dal 27 al 29 maggio. Saranno trattati tre temi da specialisti belgi e stranieri invitati: « I limiti dell'elettrocardiografia », « Le prove cliniche della portata cardiaca », « La circolazione coronarica ». Sono in programma una visita alla Mostra dell'acqua, ricevimenti ufficiali, ecc. Rivolgersi al segretario della Società, Dr. Fr. Van Dooren, rue Mercelis 80, Bruxelles, Belgio.

L'Associazione Medica Britannica, su invito del ramo dell'Africa Meridionale, terrà la sua 109ª riunione annuale nel 1941 a Johannesburg. Un piroscafo speciale verrà affittato per il viaggio dei partecipanti dall'Inghilterra. Il congresso durerà 5 giorni. Sono previste molte visite e gite.

La Società tedesca dei medici oto-rino-laringologi terrà la sua 19ª riunione a Vienna dal 25 al 27 maggio. Tema principale: « Lotta contro il lupus in dermatologia e in oto-rino-laringologia »; relatori: Stühmer (Friburgo) e Brüggemann (Giessen).

La Società tedesca Röntgen terrà la sua 30ª riunione a Stoccarda dal 24 al 27 maggio; vi saranno annesse due mostre: una libraria e l'altra di apparecchi. I titoli delle comunicazioni si accettano fino al 15 marzo. Chiedere il programma alla: Kassenführung der Deutschen Röntgen-Gesellschaft, Rossplatz 12, Leipzig C 1, Germania.

Le « Giornate mediche » della Facoltà libera di medicina di Lilla sono indette dal 19 al 21 maggio; il prof. Emile Sergent terrà una conferenza il 21 maggio, sul tema: « La necessità della collaborazione medico-chirurgica nei vari dominî specializzati della clinica ».

Alle Terme di Aix-les-Bains si terrà, il 21 maggio, una riunione a cura della locale Società medica; tema: « I reumatismi della spalla ». Informazioni dal dr. Lelong, rue de Liége 9, Aix-les-Bains, Francia.

Il primo congresso messicano per lo studio della febbre di Malta è stato indetto dall'« Associazione medica della Laguna » durante l'ultima settimana di maggio, nella città di Torreon. Saranno discussi 8 soggetti: Storia e ripartizione geografica; Eziologia e patogenesi; diagnosi clinica e forme cliniche; Diagnosi di laboratorio; Terapia; Profilassi; Veterinaria; Aspetto sociale ed economico. Il Comitato ordinatore ha invitato i relatori, affinchè prendano in esame il problema nei riguardi del Messico.

L'Associazione francese per il progresso delle scienze si adunerà a Liegi dal 19 al 22 luglio; comprenderà 22 sezioni, tra cui le seguenti: Scienze mediche; Elettrologia e radiologia mediche; Odontologia; Scienze farmaceutiche; Igiene e medicina pubblica. Il Comitato locale sarà presieduto dal dr. Dehalu, amministratore-ispettore dell'Università di Liegi. Segretario generale del Consiglio e il prof. J. Verne, titolare d'istologia alla Facoltà di medicina di Parigi.

Corsi complementari e di perfezionamento.

La Scuola di perfezionamento in medicina coloniale per laureati in medicina umana e veterinaria presso l'Università di Modena continua la sua attività, sotto la direzione del prof. Paolo Crovieri; comprende lezioni, dimostrazioni pratiche ed esercitazioni. Vi collaborano i professori della Facoltà. Per informazioni rivolgersi alla Clinica delle malattie tropicali e subtropicali della R. Università di Modena.

Un corso sulla chirurgia del tubo digerente si svolgerà a Parigi, sotto la direzione dei proff. A. Gosset e Pierre Duval, a cura del prosettore J. Baumann, a partire dal 15 maggio. Comprenderà 10 lezioni; tassa 300 franchi. Iscrizioni presso la Facoltà di medicina.

Un corso di cultura in psicotecnica del lavoro si svolgerà dal 27 marzo all'1 maggio, presso l'Istituto di psicologia della R. Università di Roma (Città Universitaria), sotto la direzione del prof. M. Ponzo, con la collaborazione di molti studiosi, tra cui A. Gemelli, A. Niceforo, G. Ajello, A. Filippini, G. Dragotti, Maria Gasca-Diez ecc. Sono ammessi a frequentare il corso: ufficiali delle Forze armate, funzionari, insegnanti, dirigenti e impiegati tecnici di aziende, ecc. Le iscrizioni sono gratuite.

Per un sanatorio universitario internazionale.

Il Consiglio Federale Svizzero ha invitato, per via diplomatica, i Governi di tutti gli Stati a cooperare alla fondazione di un sanatorio universitario internazionale, che sorgerebbe a Leysin. Ivi già esiste un sanatorio universitario svizzero, con 50 letti, fondato per iniziativa del dottor Vauthier nel 1922. Più di 700 professori e studenti di 42 Stati vi hanno ricuperato la salute. Durante la cura, 400 studenti hanno potuto prepararsi agli esami e sostenerli; furono elaborate circa cento dissertazioni; 700 professori, letterati ed artisti hanno tenuto delle conferenze nell'istituzione.

Il sanatorio internazionale dovrebbe comprendere 200 letti; sarà sotto il patronato del Consiglio Federale. La Camera Federale ha già stanziato, per esso, 500.000 franchi svizzeri e il Gran Consiglio del Cantone di Vaud 50.000 franchi svizzeri. Il Comune di Leysin ha offerto gratuitamente l'area fabbricabile; un architetto ha offerto gratuitamente la sua opera. Vari Enti hanno dato dei contributi; tra essi la Lega internazionale delle Società di Croce Rossa, l'Unione internazionale per la lotta contro la tubercolosi, la Lega della stampa svizzera, ecc. I contributi finanziari hanno principalmente la forma di acquisto dei posti-letto, per ognuno dei quali è stabilito il prezzo di 25.000 franchi svizzeri; più persone od enti possono concorrere all'acquisto di un posto-letto.

La fondazione ha sede presso la Banca Nazionale Svizzera e ne è tesoriere il dr. P. Rossy (Vizepresident der Generaldirektion der Schweiz. Nationalbank, Bern).

Azioni giudiziarie.

Il dott. La Seccombe Hett ebbe il dito medio della mano destra schiacciato dallo sportello di una automobile, chiuso con violenza dall'autista, mentre lo Hett si adoperava a far scendere dalla macchina la moglie, claudicante. Fu necessario di asportare l'ultima falange del dito. Da ciò una causa intentata contro la Società assicurativa, in quanto che lo Hett, specialista oto-rino-laringoiatra, dovette per qualche tempo sospendere l'attività professionale e ora non può valersi appieno della mano, ma nelle operazioni difficili deve ricorrere ad un assistente, in misura maggiore di quanto facesse prima. Egli conta ora 60 anni ed ha ammesso che intende ritirarsi dalla professione a 70 anni. Chiedeva 2000 sterline (circa 180.000 lire it.) di indennizzo. Il Tribunale ha riconosciuto la negligenza dell'autista ed ha condannato la Società assicuratrice a corrispondere 700 sterline alla parte lesa.

Il dott. V. Vidal, residente a Parigi, praticava la reflessoterapia valendosi di una pubblicità chiassosa e facendo eseguire interventi diagnostici e curativi da due altri medici, B.-S. Hanoune e S.-P. Fuchs, che, autorizzati da lui, si presentavano col suo nome. I tre medici sono stati denunziati da tre sindacati medici; assolti in prima istanza, sono stati condannati dalla Corte d'Appello di Parigi, ad una multa di 3000 franchi il primo e di 50 franchi ciascuno degli altri due, e solidariamente a indennizzare i tre sindacati nella misura di 5000 franchi per ogni sindacato ed alle spese. La multa è stata amnistiata.

Un po' dovunque.

La Società di Scienze mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 31 dicembre, sotto la presidenza del prof. Coletti, assistito dal segretario dott. P. Fabris. Sono state fatte comunicazioni dai soci: Opocher, Bortolozzi, Coletti, Tomasi (due comunicaz), Fabris.

Sono venuti in Italia dal Brasile i proff. Antonio Austregesilo, José de Castro e A. B. Filho, per studiare le istituzioni e organizzazioni culturali, tecniche e assistenziali nel campo medico. Il prof. de Castro è incaricato di fondare, a Rio de Janeiro, un Istituto nazionale sull'alimentazione.

Il prof. Josué de Castro, dell'Università di Rio de Janeiro, ha tenuto il 16 febbraio una conferenza all'Istituto di fisiologia generale di Roma, sul tema: « L'alimentazione tropicale quale fattore tecnico di acclimazione umana ».

Il dott. Ferdinando Martoglio, ten. gen. med. in P. A., ha tenuto il 26 gennaio una conferenza all'Accademia Lancisiana di Roma, sul tema: « Servizio sanitario nella guerra d'Etiopia ».

Il prof. Domenico Macaggi ha tenuto il 25 gennaio la prolusione al corso di medicina legale nell'Università di Genova, trattando il tema: « La medicina legale nella legislazione assicurativa e previdenziale italiana ».

Al corso di nipiologia che si svolge in Napoli per iniziativa dell'Associazione culturale dei liberi docenti di quella Università, il prof. Luigi Auricchio, ordinario di clinica pediatrica, ha tenuto una conferenza sul tema: « Peculiarità anatomo-fisiologiche del lattante ».

Il sen. prof. Giulio Salvi, rettore dell'Università di Napoli, il 23 gennaio ha parlato, nella sala di conferenze dei professionisti e artisti di quella città, sul tema: « Come oggi sarebbe Venere ».

Il prof. Angelo Signorelli, dell'Università di Roma, il 23 gennaio ha tenuto alle Stanze del Libro una conferenza sul tema: « La razza dal punto di vista biologico ».

La « Rivista Sanitaria Siciliana », uno dei periodici medici più simpaticamente noti d'Italia e che vanta 26 anni di vita, ha cambiato il titolo in « La Settimana Medica » ed ha assunto un formato più grande; mantiene la struttura generale, salvo qualche lieve innovazione. Conta un gruppo di direttori. Direttore responsabile è F. Salpietra. L. Salpietra ne è editore. Sede: via Giosuè Carducci 3, Palermo; abbon. annuo: Italia L. 50, estero L. 80.

Nella nuova veste e sotto il nuovo titolo il periodico continuerà ad affermarsi come una forza fattiva nel giornalismo medico italiano.

Si è iniziata la pubblicazione di « Geburtshilfe und Frauenheilkunde », a cura di otto ostetrici-ginecologi reputati; è edita la Georg Thieme di Lipsia; ha lo scopo di portare a conoscenza degli ostetrici e ginecologi pratici i risultati degli studi che più possono interessarli.

Si è pure iniziata la pubblicazione del « Caribbean Medical Journal », il quale raccoglie i contributi dei medici dell'America centrale britannica (Trinidad, Giamaica, Guiana britannica ecc.).

Nel « Giornale d'Italia » del 15 febbraio il senatore F. Cremonesi documenta l'opera efficace prestata dalla Croce Rossa Italiana in Spagna.

Ad Atene è stata organizzata una Esposizione d'igiene, in 32 sale.

Un'inchiesta organizzata negli Stati Uniti, da varie scuole mediche, ha accertato un'incidenza elevatissima della trichinosi: i colpiti dall'infestazione si valutano in 17 milioni. Il problema è stato prospettato in Italia, con copiosa documentazione, dal prof. G. Labranca, dell'Istituto d'Igiene di Roma.

Si è adunata a Classi riunite la Reale Accademia dei Lincei ed ha continuato la discussione relativa al problema scientifico dell'ordinamento universitario.

Durante l'anno scolastico 1937-38 le iscrizioni alle Facoltà medico-chirurgiche italiane sono state in numero di 12.492, di cui 533 riguardano donne.

La Lega internazionale della Società della Croce Rossa ha svolto e va svolgendo opera di assistenza e di soccorso per il tifone delle Filippine, per la catastrofe tellurica nel Cile, per la guerra in Cina, per i rifugiati in Francia, ecc.

In Inghilterra il Ministero dell'igiene ha organizzato una mostra viaggiante per la lotta contro i reumatismi, i quali sono oltremodo diffusi nell'Inghilterra (dànno un sesto delle invalidità tra gli operai). La mostra ha cominciato da Londra un giro per le principali città. Si divide in tre sezioni: patologia, cure, campagna per la creazione d'istituti antireumatici.

Il Sindacato dei medici di Puy-de-Dôme nella sua assemblea generale del 9 nov. 1938 ha deciso di interdire ai propri associati ogni rapporto professionale coi medici stranieri o coi medici naturalizzati di recente, che non hanno prestato il servizio militare in Francia. Questa decisione riguarda sopratutto le richieste, da parte di medici stranieri, di consulti, pareri di specialisti, collaborazioni chirurgiche. In caso d'intervento chirurgico urgente, questo sarà praticato, ma il chirurgo esigerà dalla famiglia che il malato sia poi seguito da un medico francese. Il sindacato pubblicherà una lista dei medici, per i quali varrà questa decisione.

Funzionari e piloti dell' « Ala Littoria » si sono prodigati per effettuare il trasporto d'urgenza, da Roma a Brindisi, di siero antipoliomielitico, destinato ad un bambino.

Alla Società medica di Cagliari il prof. Castaldi ha rievocato il dott. Giovanni Tommaso Porcella, sardo, stabilitosi in Spagna (ove divenne noto col nome di Porcell), autore di importanti studi sulla peste. A lui è intitolata una strada di Saragozza; su proposta del prof. Maxia, la Società ha fatto voto che gli sia intitolata una strada anche a Cagliari.

Il Re di Bulgaria ha visitato l'Istituto « Carlo Forlanini », accompagnato da S. E. Biagi e dall'on. prof. Morelli. Tra i degenti erano un medico ed un convalescente di nazionalità bulgara, con i quali il Sovrano si è intrattenuto.

La Casa Bayer ha organizzato un viaggio sull'Africa italiana del suo trimotore tipo Junker 52-3, capace di trasportare 4 passeggeri e 1800 kg. di medicinali.

Proseguono attivamente i lavori per la costruzione del grandioso Lebbrosario del Sovrano Ordine di Malta nella piana di Selaclacà (Scirè). Essi sono stati recentemente visitati dal Governatore.

L'Ospedale Coloniale di Gimna porterà il nome del compianto prof. Ernesto del Favero, libero docente di malattie tropicali nella R. Università di Modena, ispettore di sanità del Governo dei Galla e Sidamo, deceduto il 17 ottobre u. s. per un dermotifo contratto nell'esercizio delle sue funzioni. Il suo nome si iscrive nell'albo del martirologio professionale.

In Addis Abeba si sono celebrate funzioni religiose di ringraziamento per il ricupero della vista dell'Abuna, in seguito ad un intervento operativo eseguito nell'Ospedale Principessa di Piemonte dal prof. Guerra. L'Abuna ha anche offerto un grande banchetto ai medici.

Un violento incendio ha quasi distrutto un'ala del grandioso Manicomio di Beaufort, a pochi chilometri da Quebec. Un centinaio di ricoverati vennero tutti salvati; vi ha concorso l'abnegazione di tre suore addette da anni all'Istituto.

Nell'ospedale di Presov (Cecoslovacchia) sono stati ricoverati una quarantina di zingari, intossicatisi con alcool metilico sottratto a un carro cisterna fermo nella stazione ferroviaria; sei di essi sono morti, tre sono rimasti completamente ciechi e dieci affetti da cecità parziale.

In Romania alcuni zingari hanno disotterrato un maiale morto di rabbia e se ne sono cibati; tre di essi sono morti di rabbia; gli altri vennero ricoverati nell'Istituto Pasteur di Klausenburg, nella speranza di poterli salvare.

Il dott. Michele Masella, medico condotto a Vietri (Potenza), è stato gravemente ferito, al dorso

e alla spalla destra, con colpi di pistola da una donna che aveva creduto di tirare contro l'amante. Il ferito è stato ricoverato nell'Ospedale dei Pellegrini di Napoli.

Nel Belgio il caso del dott. Maertens ha costituito la principale difficoltà per una rapida soluzione della crisi ministeriale. L'on. Croekaert, già presidente del partito cattolico, ha proposto un giurì d'onore sulla condotta dell'ex condannato a morte.

Il cav. gr. cr. Romolo Vaselli ha donato agli Ospedali Riuniti di Roma la somma di lire 50 mila, da destinarsi all'istituenda Opera d'assistenza post-ospedaliera.

All'Istituto « Cesare Battisti » di Roma, appartenente alla C. R. I., si è svolta una solenne festa religiosa.

L'Associazione dei medici cattolici cinesi di Sciangai, adunatasi il 15 dicembre, ha deplorato la sterilizzazione eugenica, incapace di assicurare i vantaggi che ne promettevano i promotori.

Il 3 febbraio, nell'Ospedale della Pietà di Parigi, amici, allievi ed estimatori del prof. Laignel-Lavastine gli hanno offerto una medaglia.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi)

Denunzie dal 19 al 25 dicembre 1938 (dati provvisori): Morbillo 197 (914); Scarlattina 111 (277); Pertosse 69 (171); Difterite 314 (612); Varicella 122 (324); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea e Infezioni paratifiche 279 (492); Febbre ondulante 31 (41); Dissenteria 9 (11); Parotite epidemica 53 (191); Febbre puerperale 31 (32); Meningite cerebro-spinale epidemica 17 (18); Poliomielite anteriore acuta 17 (22); Encefalite letargica 2 (2); Leishmaniosi 4 (6); Anchilostomiasi 5 (10); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 35 (48), dichiarata — (—); Pustola maligna 6 (6); Pellagra — (—).

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 6 Marzo 1939 - XVII Num. 10

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:

	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:

	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. CESARE FRUGONI.

Il fattore pancreatico nella colecistocinesi. (1)

Dott. ROSARIO IMPALLOMENI
capitano medico e assistente militare.

Il meccanismo di svuotamento della vescicola biliare è un problema che ha ancora molti aspetti in penombra, i quali hanno bisogno di essere chiariti, non ostante siano state condotte, a riguardo, numerosissime ricerche. Le conclusioni incerte e contradittorie, che si sono ottenute in queste ricerche, sono forse dovute al fatto che la fisiologia sperimentale, pur studiando il normale, opera in condizioni di innormalità, attraverso fistole e su vescicole biliari trapiante e viviperfuse, con risultati variabili da un osservatore all'altro, o non concordanti con i risultati di ricerche svolte mediante l'indagine radiologica nell'uomo, risultati che, peraltro, vengono anch'essi variamente interpetrati a seconda degli osservatori. Vi sono però, tra le risultanze di questa gran mole di ricerche, dati di fatto certi, sui quali l'accordo è raggiunto, e dai quali è necessario partire, per tentare di chiarire gli aspetti indecisi del problema.

Dalle ricerche e dalla pratica quotidiana risalta tutta l'importanza dei fattori alimentari nello svuotamento della vescicola biliare e quindi nella colecistocinesi, di cui è funzione lo svuotamento. Lo stimolo alla cinesi colecistica è costituito dal passaggio del bolo alimentare attraverso l'intestino, anzi attraverso quel tratto d'intestino costituito dall'ansa duodenale e dalle più alte anse digiunali. Non è però lo stimolo meccanico del passaggio che provoca la contrazione vescicolare, in quanto la capacità di stimolo varia con la natura del-

(1) Comunicazione presentata al XXIII Raduno del Gruppo Centro-Meridionale ed Insulare della S. I. R. M., Roma, 23 aprile 1938-XVI.

le sostanze ingerite. Così è minima la capacità di stimolo colecistocinetico dell'acqua e degli idrati di carbonio; più attiva quella dei protidi e dei grassi, animali e vegetali; massima quella degli acidi grassi, delle sostanze contenenti acidi grassi liberi, dei prodotti della digestione pancreatica dei lipidi, specialmente di quelli del torlo d'uovo, del quale la lecitina è il componente più importante. In conclusione, per ottenere uno stimolo colecistocinetico efficace e pronto è necessario che nel tratto d'intestino, dal quale parte lo stimolo, siano presenti acidi grassi liberi, sia che essi si trovino contenuti nelle sostanze introdotte per via alimentare, o che si siano formati localmente, per azione dei succhi digestivi. È evidente l'importanza dei processi della digestione, in particolar modo della digestione dei grassi, e quindi della presenza nel lume dell'apparecchio digerente dei fermenti, specialmente di quelli lipolitici. Tra questi fermenti, la lipasi pancreatica è quella che esercita la più intensa ed efficace attività di scissione dei lipidi. E ciò è dimostrato da diversi ordini di fattori, specialmente dalle caratteristiche proprie delle diverse lipasi.

La lipasi gastrica è scarsamente attiva e lo è soltanto sui grassi emulsionati; è labile in ambiente che superi una certa acidità e viene distrutta in quindici minuti da una concentrazione di acido cloridrico del 0,2 %. L'insufficienza digestiva della lipasi gastrica è dimostrata dal fatto che i torli d'uovo, i quali per essere le sostanze alimentari più attive come colecistocinetici sono comunemente adoperati per lo studio radiologico dello svuotamento colecistico, non svuotano la vescicola biliare se è ostruito il piloro.

La lipasi intestinale, pur essendo più stabile della lipasi gastrica, attacca anch'essa più facilmente i grassi emulsionati, ed è meno attiva della lipasi pancreatica.

La lipasi pancreatica, o steapsina, è l'enzima lipolitico più attivo dell'apparecchio digerente, scinde tutti i grassi introdotti per via alimentare ed è indispensabile per la scissione dei grassi neutri superiori.

La maggiore attività della lipasi pancreatica, specialmente nella digestione delle lecitine del torlo d'uovo, è stata recentemente dimostrata da Boyden e Bermann, i quali, introducendo direttamente, mediante sondino, un solo torlo d'uovo in duodeno, producevano uno svuotamento colecistico più rapido di quello che ottenevano con un pasto di quattro torli e di latte, ingerito per la naturale via alimentare. Infatti, se si può pensare che il vagotonismo, da questi AA. invocato per spiegare il rapido svuotamento colecistico nei portatori di ulcera peptica, possa determinare in questi malati un rilasciamento dello sfintere di Oddi, ciò non dovrebbe avvenire nei sani, a normale tono vagale. Nei quali il fenomeno può essere interpretato con il fatto semplicissimo che le lecitine, ed i componenti in genere, del torlo d'uovo vengono immediatamente sottoposti all'azione del succo pancreatico.

Che la digestione pancreatica delle lecitine debba avere, agli effetti della colecistocinesi, una funzione più importante dell'azione su di esse degli altri fattori lipolitici dell'apparecchio digerente, è lecito dedurlo dalla considerazione che la lipasi pancreatica scinde la lecitina in acido glicerofosforico, acidi grassi e colina. Per la presenza della colina, oltre che degli acidi grassi, i prodotti della scissione pancreatica della lecitina dovrebbero avere una maggiore capacità di stimolo motorio sulla vescicola biliare, la cui attività motoria è sotto il dominio dell'innervazione vagale. L'azione della colina è identica a quella della cosidetta « sostanza vagale » o « vagotonina », che sembra si formi o si liberi per eccitazione del vago.

Comunque, a proposito delle lecitine del torlo d'uovo è stato anche dimostrato che si può avere uno svuotamento della vescicola biliare, per l'ingestione dei torli, anche dopo la legatura dei dotti pancreatici. È stato quindi concluso che lo svuotamento colecistico può avvenire anche senza l'intervento della lipasi pancreatica e che ciò può avvenire per capacità della lipasi gastrica di scindere le lecitine. Bisogna allora rendersi ragione del perchè la lipasi gastrica, se ha questa possibilità, non svuota la vescicola biliare a piloro occluso. Si può ritenere che in questo caso s'innalzi il tono acido del succo gastrico stagnante, fino ad una concentrazione incompatibile con la presenza della lipasi. E questa potrebbe considerarsi una spiegazione soddisfacente, se non ci fosse un dato di patologia a far sorgere dei dubbi. Questo fatto patologico è costituito dal rilievo di uno svuotamento colecistico lento od incompleto nelle pancreopatie croniche. In queste forme, se si tratta di processi infiammatori, possono intervenire, in verità, fattori estrinseci, come peritonite circoscritta, localizzata specialmente alla retrocavità degli epiploon, in rapporto con l'ansa duodenale e con la porzione cefalica del pancreas, e vi possono esistere disfunzioni duodenali per i processi duodenitici che sono stati rilevati

nelle pancreatiti croniche. A tutti questi fattori potrebbero essere riferite turbe funzionali delle vie biliari con effetto di ritardato od incompleto svuotamento colecistico. Questi concetti sono accolti anche dal Salotti nella sua pregevole Relazione al Congresso Nazionale di Radiologia di Venezia del 1936. Ma essi non sono che ipotesi, non generalizzabili. Difatti esistono stati di meiopragia pancreatica, nei quali si osserva ritardato od incompleto svuotamento della vescicola biliare, senza che esistano fatti di peritonite localizzata, pur trovandosi segni di sofferenza duodenale. Ad esempio, nei malati di distrofia muscolare progressiva.



Fig. 1-*a*.

Eseguendo l'indagine colecistografica in alcuni miodistrofici ho rilevato che in questi soggetti si verifica, oltre ad una più frequente e prolungata visibilità del dotto cistico e del coledoco, un frequente difetto di svuotamento colecistico che avviene in ritardo od incompletamente. Nella distrofia muscolare progressiva è stata, con una certa frequenza, accertata l'esistenza di una meiopragia pancreatica, che troverebbe il sostrato anatomico in alterazioni croniche del pancreas, di tipo degenerativo, alterazioni pancreatiche che, nei casi studiati al tavolo anatomico, non si accompagnavano con fatti di peritonite circoscritta. Nei casi di miodistrofia, nei quali ho eseguito la colecistografia, lo stato della secrezione esterna del pancreas è stato accertato con lo studio, mediante sondaggio duodenale, del chimismo pancreatico, che è risultato frequentemente alterato, talvolta profondamente, con insufficienza di tutti gli enzimi. Ho pensato allora di sostituire gli enzimi pancreatici insufficienti somministrandoli insieme alle uova nella prova di Bronner, allo scopo di accertare se e quali modificazioni si potessero rilevare nello studio dello svuotamento colecistico.



Fig. 1-*b*.

In un piccolo gruppo di miodistrofici, con accertate alterazioni del chimismo pancreatico, ho eseguito due indagini colecistografiche, a distanza di pochi giorni l'una dall'altra. Alla prima indagine eseguivo la prova di Bronner con tre torli d'uovo soltanto. Alla seconda praticavo la prova dello svuotamento facendo ingerire i tre torli assieme a tre confetti di Festal, preparato enzimatico che contiene i fermenti pancreatici lipasi, amilasi, tripsina, protetti dall'acidità del succo gastrico mediante un involucro, che permette ai fermenti di

giungere inalterati in duodeno, dove, liberati dall'involucro, possono svolgere la loro attività digestiva.

Queste ricerche mi hanno mostrato che dopo la somministrazione di soli torli d'uovo la vescicola biliare si contrae lentamente e si svuota in ritardo o non si svuota mai in maniera completa. In quest'ultima evenienza, dopo un periodo di tempo variabile tra un'ora e 40' e



FIG. 1-c.

due ore e 45', si vede l'ombra vescicolare tornare a crescere leggermente d'ampiezza, mostrando una evidente diminuzione di opacità (vedi fig. 1).

Dopo la somministrazione contemporanea di torli d'uovo e di fermenti pancreatici lo svuotamento colecistico s'inizia con un ritmo più rapido. Nei casi che alla normale prova di Bronner avevano presentato soltanto ritardo di svuotamento si raggiunge più rapidamente lo svuotamento totale, secondo un ritmo che si può paragonare al ritmo di svuotamento rapido rilevato da Bronner nei vagotonici. Nei casi d'incompleto svuotamento colecistico alla prima prova, si raggiunge lo svuotamento totale in tempo normale o un po' più lungo. Ma la vescicola biliare si svuota sempre completamente (vedi fig. 2).

Ho controllato il risultato di queste indagini con ricerche condotte su individui normali. Ho ripetuto le due prove colecistografiche con le due diverse prove di Bronner, con soli torli d'uovo e con uova e Festal, in soggetti normali, a normale chimismo pancreatico. In questi soggetti lo svuotamento colecistico è sempre stato totale, raggiunto in tempo normale e praticamente uguale nelle due

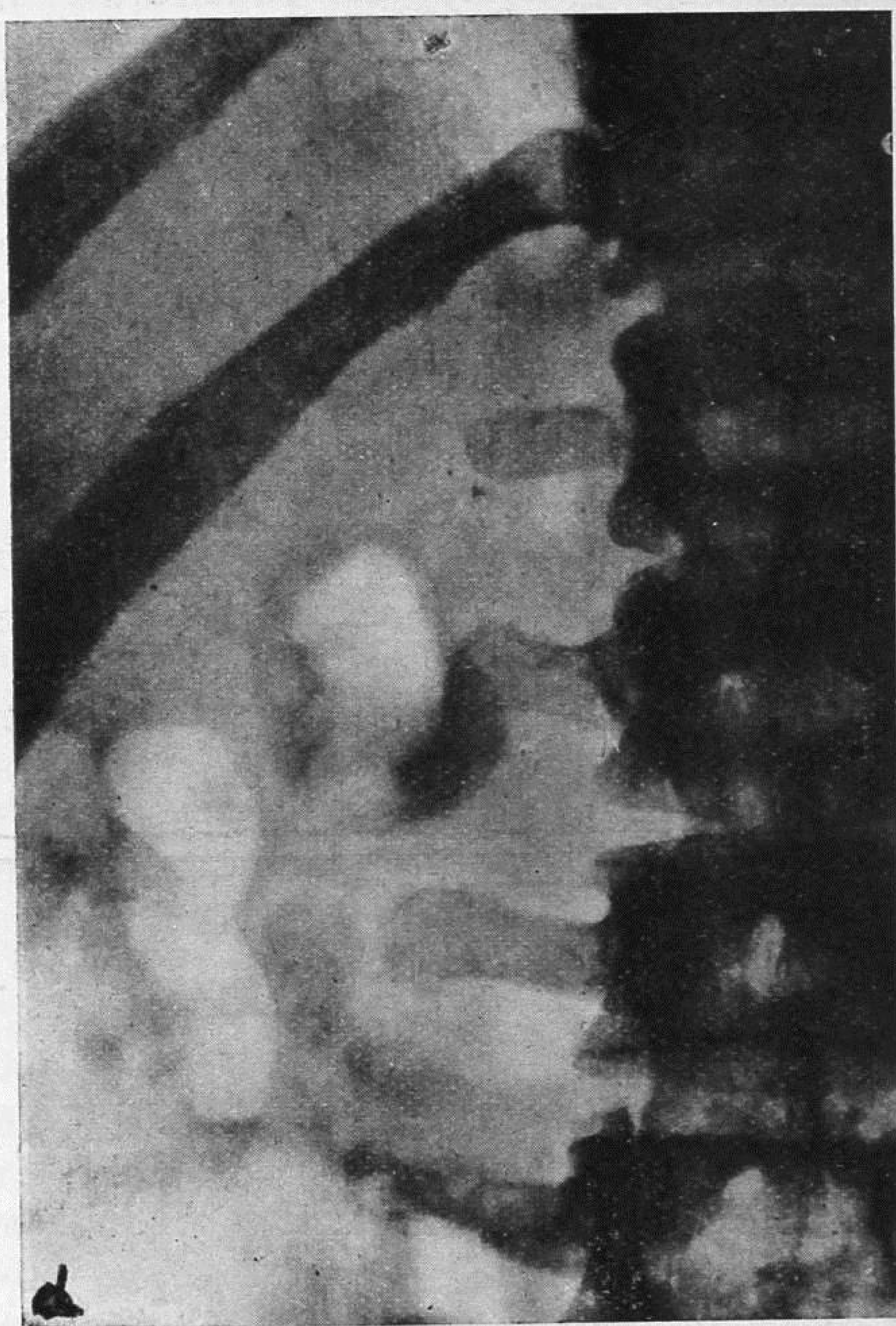


FIG. 1-d.

prove, sia che si somministrassero i soli torli d'uovo, sia che vi si aggiungessero i fermenti pancreatici.

In un caso di colecisti ipotonica ho potuto soltanto eseguire la prova di svuotamento con uova e Festal, perchè la paziente non è più tornata alla seconda prova, nella quale mi ripromettevo di eseguire la Bronner, con soli torli d'uovo. Ma il risultato di quest'unica prova si può prendere egualmente in considerazione, specialmente mettendolo in rapporto con i risultati delle altre ricerche. Difatti, in questa paziente, nonostante la somministrazione di fermenti pancreatici insieme con i torli d'uovo, lo svuotamento colecistico ha avuto un ritmo più lento del normale.

I risultati di queste ricerche dimostrano che esiste un rapporto tra capacità e rapidità di stimolo colecistocinetico dei torli d'uovo e presenza di fermenti pancreatici nel lume

duodenale, se, come abbiamo visto, per deficienza del chimismo pancreatico la vescicola biliare presenta difetti di svuotamento, dopo la somministrazione dei torli duovo, difetti che vengono corretti con la somministrazione, insieme con le uova, degli enzimi pancreatici mancanti. Ciò non dovrebbe avvenire se altri fattori determinassero i difetti di svuotamento colecistico rilevati in questi stati di meiopra-

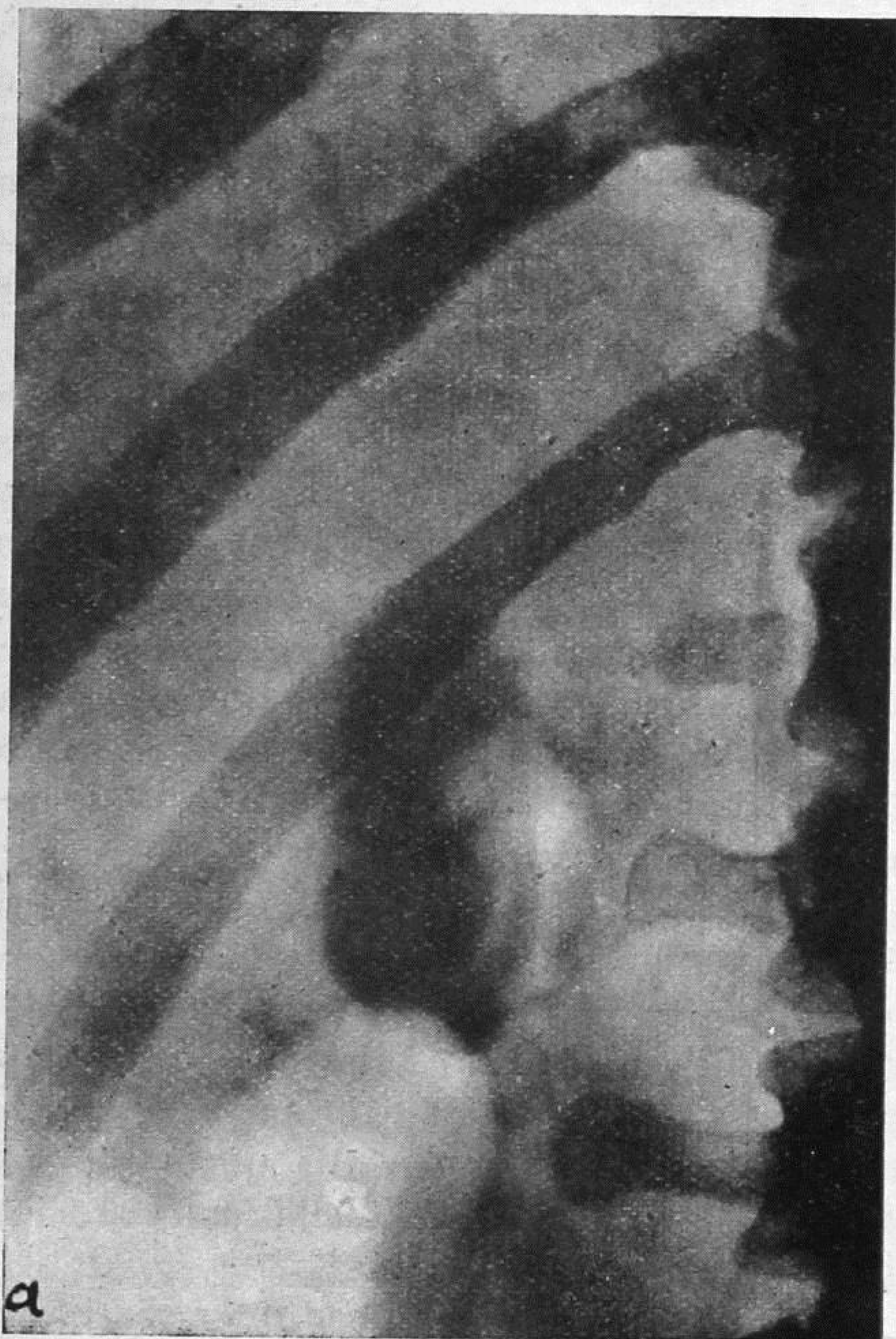


FIG. 2-*a*.

gia pancreatica. Da queste considerazioni si desume quale importante fattore nella colecistocinesi sia la funzione di secrezione esterna del pancreas, per il suo potere enzimatico.

Nelle pancreatiti croniche, dunque, non è necessario chiamare in causa disfunzioni duodenali da duodenite, o aderenze pericefalopancreatiche, che agirebbero con un meccanismo di ostacolo al normale deflusso biliare ed all'apertura dello sfintere di Oddi, per spiegare i difetti di svuotamento colecistico che in queste affezioni si presentano. Basta a spiegare questi difetti l'insufficienza della secrezione pancreatica esterna. Insufficienza di secrezione pancreatica che deve essere tenuta presente quando, in una qualunque indagine colecistografica, si ha ritardo di svuotamento della vescicola biliare. Se questo ritardo di svuotamento si rileva è necessario chiarire quanto esso sia dovuto non soltanto a deficienza del potere contrattile della parete vescicolare, o ad altri fattori che ostacolino il deflusso della bile, quanto a deficienza del chimismo pancreatico.

Pertanto appare utile indagare, il più ampiamente possibile, i rapporti che intercorrono tra entità di difetto e ritmo di svuotamento della vescicola biliare da un lato ad entità di deficienza della secrezione pancreatica esterna dall'altro, per determinare se sia



FIG. 2-*b*.

proporzionale la rispondenza tra i due fenomeni. Ciò sarebbe importante per la possibilità di dedurre lo stato della secrezione pancreatica esterna dalle caratteristiche di tempo e ritmo dello svuotamento colecistico, quando è possibile escludere tutte le altre cause che su questa attività fisiologica della vescicola biliare possono incidere.

I risultati di queste mie ricerche possono anche far interpretare sotto un nuovo aspetto le conoscenze relative al tempo ed al ritmo di svuotamento colecistico in rapporto al tono neurovegetativo dei soggetti normali, quali si desumono dalle ricerche di Bronner, confermate recentemente da Rossoni e Colosimo. Si rileva da queste ricerche che esiste una differenza di tempo e ritmo di svuotamento della vescicola biliare tra normotonici e vagotonici. In questi ultimi lo svuotamento cole-

cistico avviene più rapidamente che nei normotonici. Tenendo presenti i noti rapporti reciproci esistenti tra pancreas e tono vagale, noi possiamo interpretare questo dato di fatto in maniera più completa e più convincente. Difatti si può ritenere che, essendo prevalentemente vagale l'innervazione motoria della vescicola biliare, l'ipertono vagale aumenti la capacità contrattile della vescicola stessa. Ma anche prevalentemente vagale sono le fibre



FIG. 2-c.

nervose secretorie del pancreas. Un ipertono vagale significa un maggiore stimolo alla secrezione pancreatica, che ne risulterà aumentata e più attiva, donde una presumibile più rapida e completa scissione dei lipidi e delle lecitine del torlo d'uovo. Il rilievo di Bronner troverebbe quindi spiegazione, non solo nell'aumentata capacità contrattile della vescicola biliare nei vagotonici, ma anche nella più abbondante ed attiva secrezione pancreatica.

Sono ancora da prendersi in considerazione i risultati delle ricerche di Bronner e Schüller, e di Cace, relative alle sezioni intestinali dalle quali parte lo stimolo colecistocinetico. I primi due autori hanno introdotto, durante l'indagine colecistografica, a vescicola biliare bene visualizzata, un sondino a diversa altezza nell'intestino, fino al crasso. Essi hanno osservato che il sondino non provoca in nessuna sezione intestinale alcuno stimolo allo svuotamento della vescicola biliare per il solo fatto meccanico della sua presenza. Hanno, invece, rilevato che l'introduzione diretta dei torli d'uovo, mediante il sondino, nelle varie sezioni intestinali produce uno stimolo colecistocinetico soltanto nel duodeno e nel digiuno prossimale, mentre rimane senza effetto l'introduzione dei torli nel digiuno inferiore e nelle sezioni intestinali più distali, fino al retto. Alla conclusione che lo stimolo colecistocinetico parta dal digiuno, oltre che dal duodeno, è giunto anche Cace, il quale ha eseguito la colecistografia e la prova di Bronner in gastroenterostomizzati ed in resecati gastrici, nei quali gli era possibile escludere che il bolo passasse per il duodeno.

Se si tiene presente che nelle anse prossimali del digiuno il secreto pancreatico è ancora attivo e che nei gastroenterostomizzati la digestione pancreatica delle sostanze alimentari avviene nelle anse digiunali, si può ben a ragione ritenere che lo stimolo colecistocinetico parte da quelle sezioni intestinali nelle quali arriva, ancora attivo, il secreto pancreatico, e nelle quali esso può svolgere la sua normale attività digestiva.

Tutte queste considerazioni dimostrano quanto sia importante la partecipazione del fattore pancreatico allo svuotamento della vescicola biliare. Fattore che non deve essere trascurato, come è stato finora, ma valorizzato e studiato in rapporto alla normalità ed in rapporto alle alterazioni della colecistocinesi, rilevabili nei casi patologici.

Per queste ragioni ho creduto non solo utile, ma necessario prospettare il problema e metterlo in evidenza.

RIASSUNTO.

L'A. ha rilevato in un gruppo di miodistrofici con alterazioni del chimismo pancreatico, accertate al duodeno-sondaggio che la prova colecistografica dello svuotamente alla Bronner rileva difetti di svuotamento colecistico. I quali vengono corretti se la prova di Bronner viene eseguita aggiungendo fermenti pancreatici ai rossi d'uovo. Questi rilievi che non si hanno nei normali, dimostrano che i difetti di svuotamento colecistico, in stati di meiopragia pancreatica, sono in rapporto con la deficiente secrezione esterna del pancreas; che, quindi, costituisce un fattore di notevole importanza nella colecistocinesi. Pertanto è necessario che questo fattore sia valorizzato e studiato in rapporto alla normalità ed alle alterazioni dello svuotamento colecistico rilevabili nei casi patologici.

BIBLIOGRAFIA.

BOLLINI e ZANETTI. *Contributo della Radiologia al problema del meccanismo di vuotamento della colecisti.* Rassegna di Radiologia Pratica, 1937.

BOYDEN a. BERMANN. *Evacuation oh the Gall Bladder in peptic ulcer patients.* Radiology, 1937.

BRONNEY. *Die cholezystographische Motilitätsprofung der Gallenblase und ihre Ergeb isse.* Fortschr. a. d. G. d. Roentgenstr., gennaio 1929.

BRONNER a. SCHÜLLER. *Ueber die Auslösbarkeit der Gallenblasenentleerung von verschiedenen Darmabsschnitten aus durch Nahrungesreize.* Münch. Med. Wochenschrift, 1930.

BUSI. *Tecnica e Diagnostica Radiologica.* Utet, 1933.

CACE. *Sul potere di contrazione della vescichetta biliare con il pasto di Bronner e sui punti di partenza dello stimolo che ne provoca lo svuotamento.* Annali di Medicina navale e coloniale, 1931.

FOÀ. *La fisiologia della vescichetta biliare.* Gazzetta Sanitaria, 1934.

FRATINI. *Funzioni e disfunzioni della vescichetta biliare nella indagine colecistografica.* XI Congresso Ital. di Radiologia Medica, 1934.

MELDOLESI G. *Clinica, Patogenesi e Terapia della distrofia muscolare progressiva.* Minerva Medica, 1937.

PARSON-PUPILLI. *Fondamenti di Chimica Biologica.* Ed. I, S. M., 1937.

ROGER et BINET. *Traité de Physiologie normale et patologique.* Masson, 1927.

ROSSONI e COLOSIMO. *Sul ritmo di svuotamento della colecisti.* Annali di Radiologia e fisica medica, 1937.

SALOTTI. *La Radiologia delle Sindromi addominali associate* Relazione al XII Congr. Ital. di Radiologia Medica, 1936.

TIGERSTEDT. *Trattato di Fisiologia dell'uomo.* Utet., 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE ARNABOLDI - BRONI
Prof. dott. FAUSTO LEINATI, chirurgo direttore.

Sopra un caso di distrofia apofisaria calcaneare.

Dott. VALLE VINCENZINA, assistente.

Fra le varie forme di distrofie ossee giovanili, una delle meno conosciute, è la distrofia apofisaria calcaneare: a poco più di un centinaio ammontano difatti le osservazioni pubblicate finora, di cui solo una ventina in Italia.

Avendo avuto occasione di osservarne un caso, credo opportuno renderlo noto, perchè questa ed ancor più le altre localizzazioni epi ed apofisarie della crescenza, per la loro maggior frequenza, hanno un notevole interesse per il medico pratico, il quale deve conoscerne bene l'entità clinica e radiologica, per la diagnosi differenziale con le localizzazioni osteitiche tubercolari che tanto spaventano i malati ed i loro famigliari ma, sopratutto, per quanto riguarda la prognosi e la cura.

Rimando, per lo studio particolareggiato dell'affezione, alla recente monografia di Leinati (La distr. apof. calcan. *Boll. Soc. Med. Chir.* Pavia, fasc. VI, anno 1936).

Luigi Z., a. 11, di Pietra de' Giorgi. Padre, madre e due fratelli viventi e sani. Nato da parto eutocico, ebbe allattamento materno. Normali furono la crescita e lo sviluppo corporeo. Superò il morbillo all'età di cinque anni e non ebbe mai altre malattie degne di menzione. L'appetito fu sempre buono, l'alvo regolare. Non lamentò mai dolenzie di sorta nè altri particolari disturbi.

Il 29 luglio 1938, cadde dalla cascina, da un'altezza di circa cinque metri, battendo al suolo la pianta dei piedi: rialzato, accusò dolenzia alla faccia posteriore del calcagno destro, tanto che dovette essere trasportato a braccia alla propria abitazione, rifiutando il bambino, di posare normalmente il piede destro a terra.

Codesta sintomatologia continuò invariata nei giorni seguenti, non accompagnata nè da rialzo termico nè da altri disturbi locali o generali: non notando alcun miglioramento, il 1° agosto 1938, i parenti lo trasportarono in Ospedale.

Il bambino, interrogato in proposito, afferma che, anche anteriormente alla caduta, aveva già avvertito dei dolori al calcagno destro che insorgevano specialmente dopo lunghi periodi di giuoco, dopo lunghe passeggiate in collina, ma non vi aveva dato importanza perchè col riposo della notte scomparivano.

Bambino di costituzione e di sviluppo corporeo normali; stato di nutrizione buono; masse muscolari toniche e trofiche; non si palpa alcuna linfoghiandola nelle comuni sedi. Apparati respiratorio, circolatorio, digerente, urogenitale, normali. Temperatura del corpo normale.

In posizione supina il bambino tiene il piede destro sollevato, evitando di appoggiare il calcagno al piano del letto, a cagione della dolenzia provocata da tale posizione. Alla regione posteriore del calcagno destro, si riscontra una piccola tumefazione a focaccia, a limiti non ben definiti, di consistenza molle-elastica, ricoperta da cute perfettamente normale. Con la palpazione si provoca dolenzia nettamente localizzata al punto di attacco del tendine di Achille: tale dolenzia insorge pure con la deambulazione e scompare col riposo. Invitando il bambino a camminare, si nota che posa il piede destro a terra solo con la parte anteriore, in posizione di equinismo spiccato.

L'esame radiografico della parte (fig. 1), tosto

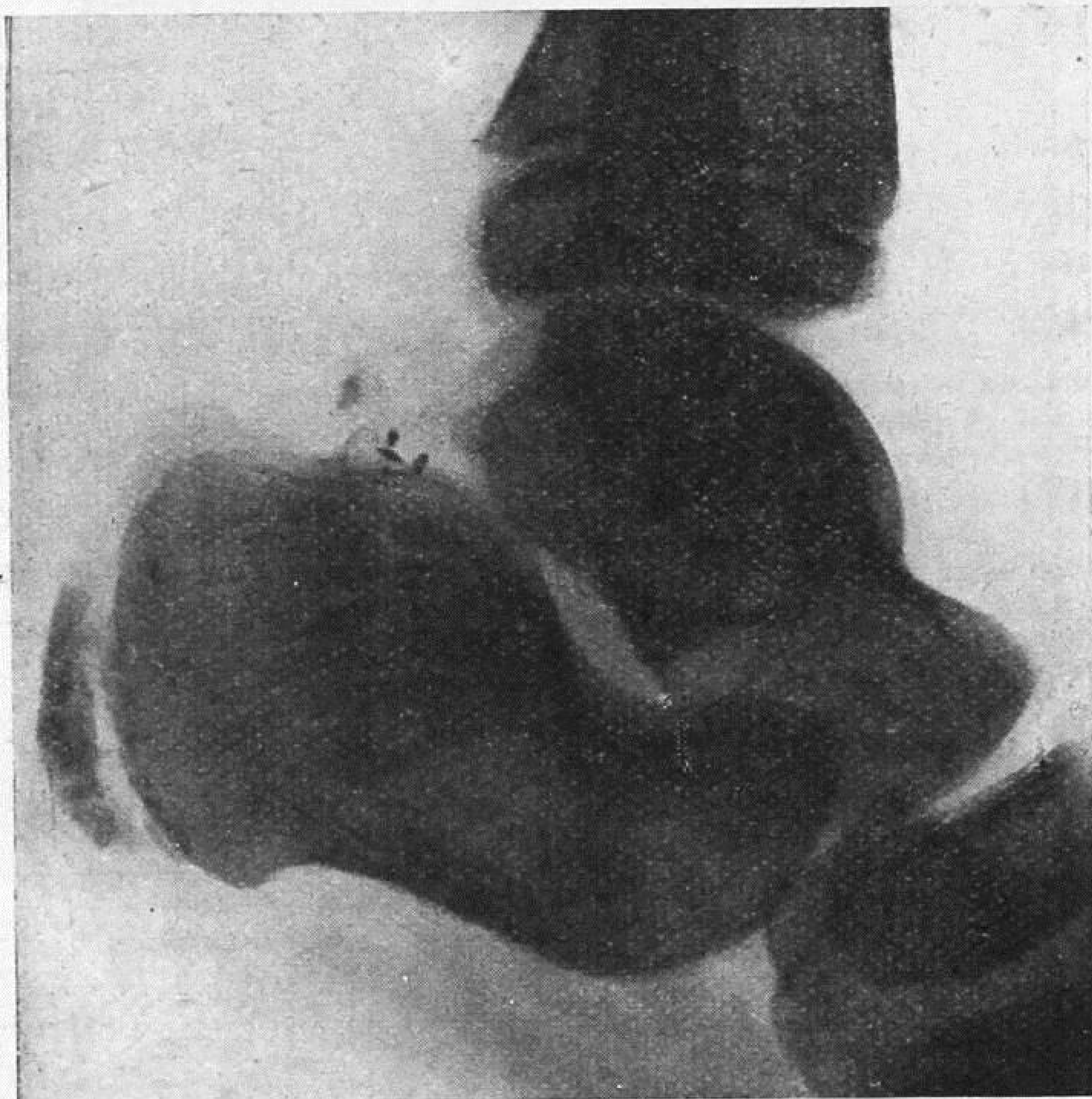


FIG. 1.

praticato, mette in evidenza la presenza di zone opache irregolari, alternate con zone di maggior trasparenza del margine posteriore dell'apofisi calcaneare nella sua metà superiore, la frammentazione del nucleo epifisario con differente deposizione di sali di calcio ed una maggior seghettatura ed irregolarità del suo margine anteriore.

In base ai dati clinici e radiologici, si pone diagnosi di distrofia apofisaria calcaneare: si istituisce quindi una terapia ortopedica: il piede viene immobilizzato con un apparecchio gessato, lasciato in posto trenta giorni e vengono somministrati preparati calcio-arsenicali e vitaminici. Tolto l'apparecchio, la tumefazione è completamente scomparsa, il bambino non accusa la minima dolenzia nè a riposo, nè durante la deambulazione, che, dopo qualche giorno di completa libertà del piede, ritorna ad essere perfettamente normale. Rivisto dopo cinque mesi si presenta del tutto guarito clinicamente, senza traccia locale di lesione alcuna: radiograficamente si riscontra una restituzione anatomica completa (fig. 2).

Questo caso può servire a dimostrare come tale lesione sia meno rara di quanto non risulti dalle osservazioni pubblicate e possa abbastanza facilmente presentarsi nella pratica.

È quindi necessario tenere presente la possibilità della sua esistenza nelle affezioni dolorose della apofisi posteriore del calcagno, quando siano presenti i principali segni clinici e radiologici, che sono:

1) epoca di insorgenza fra gli 11 e i 14 anni;

2) dolenzia spontanea e provocata, localizzata all'inserzione del tendine di Achille;

3) l'impotenza funzionale;

4) aspetto caratteristico del quadro radiografico.

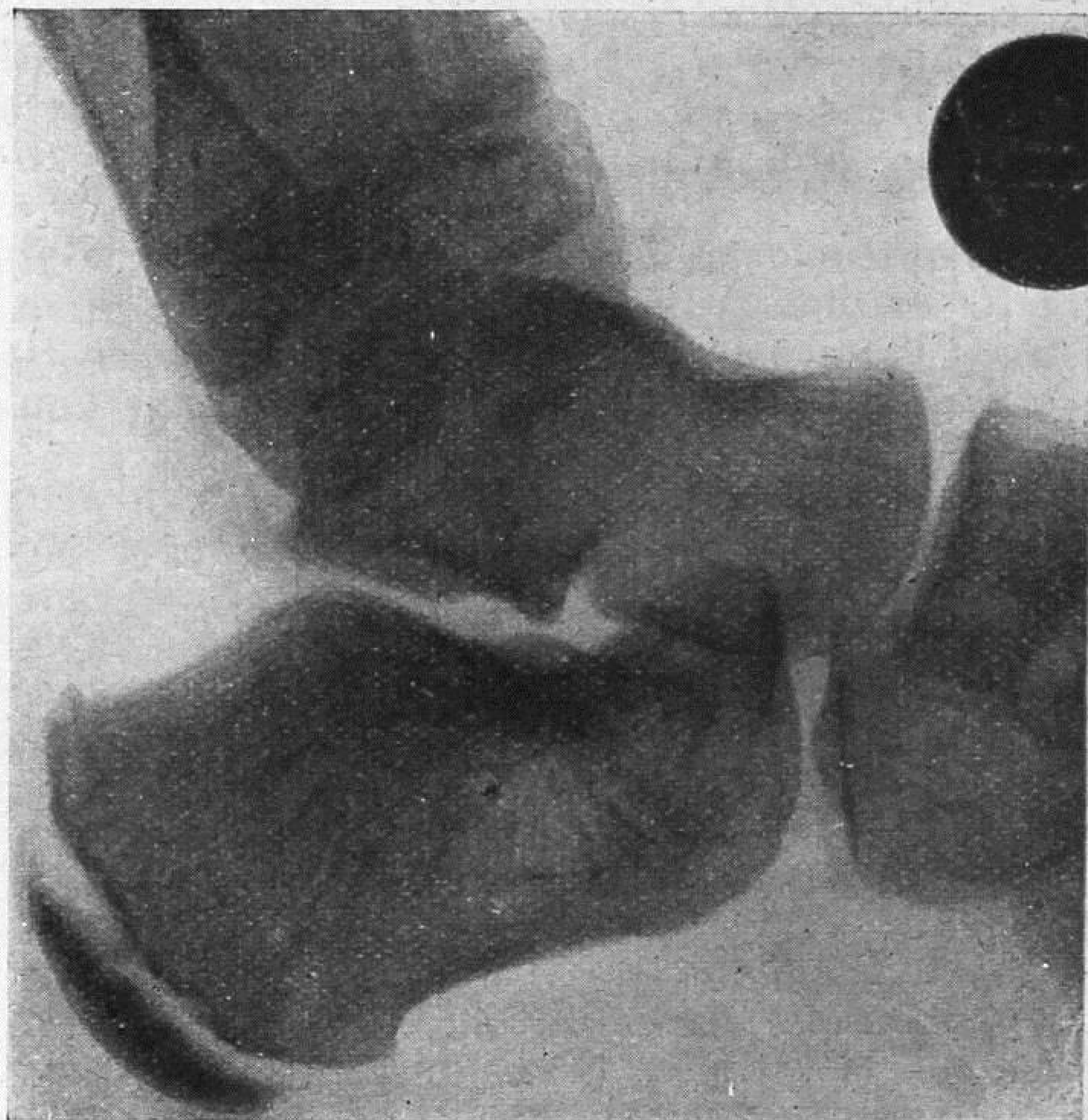


FIG. 2.

Fatta la diagnosi, la prognosi è favorevole e semplice la terapia, riducendosi ad un periodo di immobilizzazione a seconda dei casi da qualche settimana a qualche mese, coadiuvato da cure generali calciovitaminiche.

RIASSUNTO.

È descritto un caso di distrofia apofisaria calcaneare.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ
DI FIRENZE
diretta dal prof. C. COMBA.

Bacilli difterici e raggi X.

(Nota preventiva).

Dott. ENRICO MESSERI.

Fra i numerosi tentativi di sterilizzazione del cavo rino-faringeo dei portatori di bacilli difterici, ricordo in questa nota soltanto quelli che hanno dato risultati di maggiore attendibilità. Alcuni di questi metodi sono stati anche recentemente (ottobre 1938) controllati da Rosa e Lodi con esiti non troppo soddisfacenti.

Börgen già nel 1935 usava per la sterilizzazione del cavo faringeo il trattamento locale con succo di limone somministrato tre volte al giorno in quantità di 2 gocce istillate nel naso e gargarismi sempre con succo di limone, tre volte al giorno.

Molto più antica ed estesa è la pratica dell'applicazione locale di siero antibatterico (?) essiccato in pastiglie o liquido o in polvere per insufflazione, oppure miscele di siero antidifterico e neoarsenobenzolo, oppure vaccino atossico preparato con agar e sospeso in soluzione fisiologica con aggiunta di formolo e glicerina, oppure l'anatossina difterica. Mi sia concesso incidentalmente, parlando di questo metodo cosidetto specifico di sterilizzazione, di ricordare che il valore attribuito al siero antidifterico è esclusivamente di potere antitossico e che quindi, qualora si ottengano valori favorevoli, essi si devono imputare più al formolo, alla glicerina o agli arsenobenzoli che alla polvere di siero. Tralascio pure di rammentare l'impiego locale di svariatissime sostanze dotate di potere caustico od antisettico.

Un altro trattamento molto più attendibile, di natura fisica, consiste nell'applicazione topica di radiazioni ultraviolette; questo metodo fu per primo sperimentato da Donnelly, che usava nelle sue esperienze particolari specchi per la proiezione dei raggi u. v. nel cavo faringeo per la durata di 3 o 5 minuti, ripetuta per tre volte, ottenendo risultati discreti. Altri Autori con maggior numero di applicazioni di raggi u. v. avrebbero raggiunto risultati ancora migliori.

Dopo un accurato studio batteriologico e clinico sui portatori di bacilli difterici, Rosa e Lodi hanno, come ho già accennato, controllato questi metodi. Per il trattamento col succo di limone (dopo trenta giorni di applicazioni locali) i risultati sono stati quanto mai scarsi; col trattamento locale di siero specifico i risultati sono apparsi pure assai discutibili. Nei riguardi poi dei raggi u. v. Rosa e Lodi hanno usato la tecnica originale del Donnelly, un po' modificata dal Petit e Stewart, con apparecchi a forma conica per la proiezione dei raggi u. v. nel cavo orale, con l'impiego di lampade di quarzo alla distanza di 40 cm. dal soggetto. Dopo sette applicazioni locali di 3 minuti ciascuna ad intervalli di tre giorni fra loro, dei sei soggetti trattati due soli rimasero portatori (33 %), mentre dei 7 controlli tre soli rimasero portatori (42 %); per l'esiguità dei casi trattati con questo metodo, pur non potendo trarre conclusioni definitive, i suddetti Autori finiscono col dichiarare che i metodi suesposti non corrispondono, per ora, nè a scopi scientifici nè tanto meno a scopi pratici igienici.

I raggi X sono già stati sperimentati per la sterilizzazione generica del cavo faringeo in diverse malattie infettive, con dubbi risultati.

Nelle nostre esperienze abbiamo usato le radiazioni Roentgen per la sterilizzazione locale del cavo rino-faringeo dei portatori di bacilli difterici. Non stò in questa nota preliminare, a trattare il lato fisico nè tanto meno le interpretazioni biologiche sull'ipotetica genesi di azione.

La tecnica da noi usata nelle prime esperienze (maggio 1938) è la seguente: individuato, con culture dal cavo rino-faringeo, un portatore di bacilli difterici con localizzazione tonsillare o nasale, viene sottoposto subito ad applicazione locale di raggi X; per il faringe si usa una applicazione bilaterale a fuochi crociati in maniera tale da cogliere da ambo le parti le due tonsille dall'esterno, per questo scopo abbiamo adoperato speciali artifici di tecnica tanto per la posizione del soggetto che per lo schermaggio di protezione con gomma piombifera, dettagli che saranno documentati fotograficamente nella pubblicazione integrale del lavoro.

La dose impiegata e i dati radiotecnici sono i seguenti: MA = 3, SE = 35, DF = 35; la durata dell'applicazione bilaterale è di 8' + 8'; dopo tre giorni di nuovo un'altra applicazione uguale alla precedente; dopo altri tre giorni si esegue la cultura di controllo dal faringe, ottenendo costantemente assenza di bacilli difterici.

Un caso solo resistette a questo duplice trattamento e cedette più tardi ad una terza applicazione di raggi X.

Nei riguardi dei portatori con localizzazioni nasali la tecnica è lievemente diversa dalla precedente, sia per lo schermaggio di protezione fatto con speciali maschere piombifere, adatte ad isolare dal campo di applicazione gli occhi e gran parte della massa cerebrale, sia per la posizione del soggetto; si usa una sola applicazione della durata di 15' con gli stessi dati radiotecnici precedenti. Tutti i casi così trattati dopo quattro giorni dall'applicazione hanno fornito culture di controllo negative per il bacillo difterico.

Sulla scorta delle esperienze precedenti abbiamo quindi modificato la tecnica, adoperando dosi tali da semplificare maggiormente le applicazioni sì da renderle estremamente pratiche ed innocue.

Attualmente infatti noi usiamo con ottimi e costanti risultati le seguenti modalità tecniche: si procede all'irradiazione bilaterale a fuochi crociati del cavo faringeo dei bambini portatori, con la dose seguente: MA = 3, SE = 35, DF =30, filtro Cu 1/2 mm., Al 3 mm., durata di tempo 13' + 13' (1). Dopo quattro giorni dall'applicazione si esegue la cultura di controllo che si rivela costantemente negativa per il bacillo difterico (spesso già nel secondo e nel terzo giorno dopo l'applicazione). In alcuni casi abbiamo subito dopo l'applicazione, fatto culture sistematiche ogni dieci ore e abbiamo potuto osservare il lento e graduale passaggio da culture pure di bacilli difterici a culture miste con prevalenza di forme bacillari e quelle miste con prevalenza di forme strepto-stafilococciche e infine la completa scomparsa dei bacilli difterici. Questa lenta e graduale trasformazione della flora faringea dopo irradiazione Roentgen si presta a molte considerazioni di ordine biologico e fisico che tratterò altrove; attualmente mi basta di aver fissato il concetto che per la sterilizzazione dei portatori di bacilli difterici nella pratica pediatrica, il metodo da me usato ha dimostrato una utilità indiscutibile, forse, almeno per ora, non paragonabile ai metodi già in uso a cui brevemente ho accennato sopra.

Sulla innocuità del metodo, elemento che, trattandosi di radiazioni X, ci ha un poco preoccupati nei primi tempi delle nostre esperienze, oggi siamo completamente certi e tranquilli, tantochè nella nostra Clinica usiamo costantemente e sistematicamente il metodo per potere licenziare dai reparti ospitalieri, il prima possibile, i bambini portatori di bacilli difterici. Dal punto di vista igienico e profilattico l'importanza di questo trattamento è così evidente da non richiedere speciale commento; ugualmente può dirsi dal punto di vista economico, a questo riguardo basti considerare che nella nostra Clinica, in soli otto mesi (dal maggio 1938 ad oggi), su 20 soggetti così trattati (riportandosi alla lunghezza del tempo di degenza in ospedale dei casi simili precedenti) sono state fatte risparmiare alcune migliaia di lire alle Amministrazioni pubbliche Comunali e Provinciali. Infine non può essere tralasciato l'interesse biologico che queste esperienze presentano allo studioso, specialmente nel campo scientifico medico.

(1) Tali dosi vanno diminuite leggermente per i lattanti.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un metodo pratico e innocuo di sterilizzazione del cavo rino-faringeo dei portatori di bacilli difterici mediante l'applicazione locale di Raggi X.

PRATICA CHIRURGICA

OSPEDALE CIVILE UMBERTO I - ARCEVIA.

Di un accorgimento di tecnica per rendere meno traumatizzante l'amputazione degli arti nei grandi schiacciamenti.

Dott. ALDO QUATTROCCHI, dirett. e chir. prim. specialista in chirurgia generale.

Leggendo i resoconti clinico-statistici di vari Autori capita assai frequentemente di incontrare nella casistica riferito qualche decesso in seguito ad amputazione eseguita per grandi traumi degli arti.

La maggioranza degli Autori interviene immediatamente in questi casi con l'amputazione nel luogo di elezione. Secondo me è intempestivo questo intervento immediato e spesso causa di esito infausto. Noi abbiamo a che fare con soggetti gravemente traumatizzati fisicamente, spesso anemizzati acutamente, sempre in preda a grave shock psichico, in precarie condizioni fisiologiche e con scarse risorse.

Dalla statistica operatoria nostra risulta una mortalità pari a zero, e questi brillanti successi secondo me sono riferibili ad un accorgimento di tecnica che noi usiamo per rendere meno traumatizzante l'amputazione in questi soggetti.

Noi ci comportiamo così: applichiamo un laccio, rappresentato da un tubo di gomma, *subito al di sopra della lesione*. Può servire il laccio elastico di Esmarch, ma in mancanza di questo una qualsiasi corda purchè non tan-

to grossa serve bene allo scopo. L'applicazione di questa legatura deve essere fatta subito al di sopra della lesione, facendo ripassare più volte il laccio sopra se stesso; questa legatura può essere benissimo applicata alla gamba ed all'avambraccio. Dico questo perchè mi si potrebbe obbiettare che l'emostasi in questi segmenti di arti non avviene; invece avviene benissimo, basta stringere forte onde ottenere l'annullamento dello spazio interosseo e la compressione della relativa arteria. Successivamente si procede alla detersione delle parti schiacciate o stritolate, lavandole dai detriti di terriccio od altro e disinfettando con tintura di iodio, applicando infine un'abbondante medicatura ovattata protettiva. È di obbligo, non ci sarebbe bisogno, di dirlo, la iniezione generosa di siero antitetanico e se si vuole anche di quello antigangrenoso. Cardiocinetici, ipodermoclisi, o trasfusione serviranno a completare il soccorso d'urgenza; morfina per alleviare il dolore. Il malato è portato a letto così medicato.

Si comprende che la sopradetta medicatura può essere applicata in qualsiasi posto di pronto soccorso, e dal Medico sul posto dell'infortunio, e consente il trasporto facile dell'infortunato dal luogo del disastro ad un istituto di cura.

Il laccio non dà fastidio, è ben tollerato dai pazienti e consente la dilazione per 24 ed anche per 48 h. dell'atto operativo demolitore. In questo tempo il paziente ha modo di riprendersi fisicamente e psichicamente: e non v'è chi non comprenda l'importanza grandissima di questo fatto: noi abbiamo a che fare con grandi traumatizzati, in cui questo piccolo intervento ci consente senza tema e pericoli di derogare un atto operativo grave.

L'applicazione come io ho detto di questo laccio ha dunque una funzione fisiologica, perchè dà tempo al malato di riprendersi, e bloccando vasi sanguigni e linfatici scongiura il pericolo dell'emorragia e dell'assorbimento dei germi.

Raccomando di applicare il laccio *subito al disopra della lesione*, perchè quando il malato si sarà ripreso e si procederà all'atto operativo demolitore, questo laccio non deve essere rimosso per evitare il pericolo di un assorbimento in massa dei germi infettanti, ma cadrà colla parte amputata ancora applicato; e se l'applicazione è stata fatta a dovere si sarà economizzata della cute sana tanto preziosa in questi casi. È occorso a qualsiasi chirurgo di vedersi portare traumatizzati da posti lontani per un viaggio di molte ore con un laccio applicato alla radice della coscia e spesse volte non di gomma ma, di spago sottile con quanto danno dei vasi e dei nervi di leggeri si comprende!

Detto brevemente di questo accorgimento di tecnica che è secondo me di grande utilità e di applicazione facile e pratica in ogni luogo coi vantaggi che sopra ho descritto, passo a descrivere il decorso clinico dei casi capitati alla mia osservazione.

Caso I. — F. Ivo a. 28, giunge al pronto soccorso verso la mezzanotte condottovi da un'autoambulanza; presenta l'arto inf. sin. maciullato per investimento automobilistico. Il paz. è anemizzato, in preda a grave shock; ha una frattura del radio al 3° inf. e cervicale dell'omero a sin.; ferite lacero-contuse al capo e commozione cerebrale.

Procedo all'applicazione immediata del laccio subito al di sopra della lesione; sterilizzo con tintura di iodio, impregnandone i tessuti; applico un'abbondante medicatura ovattata; inietto siero antitetanico, canfora ed ipodermoclisi.

Dopo 36 h intervento: narcosi eterea regolare. Amputazione della coscia al 30 medio col metodo circolare in due tempi; drenaggio tubulare al sottocutaneo. Riduzione delle fratture ed apparecchio gessato di contenzione.

Riassunto dei diari:

Alla sera dell'intervento; temperatura				38,3	
1° giorno dell'intervento; temperatura	mattina	37,8	sera	38,8	
2° » » »	»	39,2	»	37,6	
3° » » »	»	38,2	»	38,6	
4° » » »	»	38	»	37,5	
5° » » »	»	38	»	38,5	
6° » » »	»	37,4	»	38,4	
7° » » »	»	37,2	»	37	
8° » » »	»	36,5	»	37	medicatura
9° » » »	»	36,6	»	37	
10° » » »	»	36,2	»	36,5	

successivamente apirettico. Esce guarito 23 giorni dopo l'ingresso in ospedale.

Caso II. — P. Quinto a. 13, viene portato al pronto soccorso per stritolamento e strappamento della gamba e del piede a sin.; il ragazzo è stato afferrato e travolto dal battitore di una trebbiatrice. La gamba sin. si presenta come un ammasso informe di brandelli. Applico subito il laccio al di sotto del ginocchio al limite della cute

sana ed impregno i brandelli di tessuti con abbondante tintura di iodio; medicatura ovattata; antitetanico, canfora e morfina; ipodermoclisi.
Il giorno seguente intervento: narcosi eterea. Amputazione della coscia al 3° inf. col metodo circolare in due tempi; drenaggio tubolare al sottocutaneo.

Riassunto dei diarii:

Alla sera dell'intervento; temperatura				38,4	
1° giorno dell'intervento; temperatura	mattina	37,8	sera	38,8	
2° » » »	»	38,3	»	38	
3° » » »	»	37,6	»	37,8	
4° » » »	»	37,2	»	37	
5° » » »	»	36,4	»	36,7	
6° » » »	»	36,3	»	36,9	
7° » » »	»	36,6	»	36,8	
8° » » »	»	37			medicatura

successivamente apiressia. Esce guarito in diciassettesima giornata.

Caso III. — M. Alessandro, a. 47, entra in sezione chirurgica d'urgenza; si è buttato sotto il treno. Presenta asportazione della gamba sinistra al 3° superiore; ferita lacero-contusa del cuoio capelluto con perdita di sostanza.
Applico subito il laccio come sopra: antitetanico; olio canforato; ipodermoclisi.
Il giorno seguente intervento: Narcosi MASS. etere regolare. Amputazione della coscia sinistra al 3° inferiore; drenaggio con tubo di gomma. Plastica al capo.

Riassunto dei diari:

Alla sera dell'intervento; temperatura				38
1° giorno dell'intervento; temperatura	mattina	38	sera	38
2° » » »	»	37,6	»	37,6
3° » » »	»	37,4	»	37,1
4° » » »	»	36,6	»	36,9

successivamente apirettico; in ottava giornata si medica; in ventesima esce guarito dall'ospedale.

Caso IV-V. — T. Iolanda, a. 20, è portata al pronto soccorso dell'ospedale senza gambe, asportate al 3° inferiore dal treno sotto il quale si è buttata.
Applico subito due lacci al di sopra delle lesioni; medicature abbondanti; antitetanico; canfora ed ipodermoclisi.
Il giorno seguente intervento: narcosi MASS-etere regolare. Disarticolazione del ginocchio bilateralmente secondo Gritti; drenaggi tubulari.

Riassunto dei diari:

Alla sera dell'intervento, tempepratura				38,5	
1° giorno dell'intervento; temperatura	mattina	36	sera	37,9	
2° » » »	»	37,7	»	38,7	
3° » » »	»	37,2	»	38,7	
4° » » »	»	38,2	»	38,8	
5° » » »	»	38,3	»	38,8	
6° » » »	»	36,4	»	38	
7° » » »	»	37,4	»	37,7	
8° » » »	»	38,2	»	38,8	medicatura
9° » » »	»	37,4	»	37,7	
10° » » »	»	36,4	»	37,6	
11° » » »	»	37,1	»	37	

successivamente apiressia; la malata esce guarita in ventesima giornata.

Non è certamente il caso di codificare la condotta del chirurgo in una questione in cui tutto è buon senso e logica, in cui intervengono tanti fattori imprevedibili ed imponderabili, ed in cui i fatti rovesciano le dottrine e rendono illusorie le regole stabilite. Tuttavia questo modesto accorgimento di tecnica, che si può dire ci consente la cura preventiva dello shock, mi è parso di pratica utilità, e poichè di facile applicazione ho creduto opportuno renderlo noto alla maggioranza dei medici pratici. Non ho la pretesa d'insegnare niente a nessuno, e può darsi che altri abbia applicato questo semplice metodo; ho soltanto inteso di portarlo a conoscenza di tutti, confortandolo del contributo di un discreto numero di casi clinici.

RIASSUNTO.

L'A. porta a conoscenza del pubblico medico un piccolo accorgimento di tecnica per rendere meno traumatizzante l'amputazione degli arti nei grandi schiacciamenti.

MEDICINA SOCIALE

OSPEDALE DI MONZA
Direttore: Prof. A. CIMINATA

In margine alle Assisi di Medicina Generale.
Seduta di Milano.

Sulla mortalità infantile nel primo biennio di vita (considerazioni sopra una statistica ospedaliera).

Prof. A. CIMINATA - Dott. A. FERRARIO
Dott. A. ORENI.

In cinque anni (1933-1937) sono stati ricoverati nell'Ospedale di Monza 566 bambini del primo biennio di vita (349 maschi, 217 femmine); le forme morbose in ordine di frequenza e di ricovero sono le seguenti:

1) *Apparato respiratorio*: 172 - percentuale di frequenza 30 %; 113 maschi dei quali 19 morti (mortalità 17 %), 59 femmine delle quali morte 10 (mortalità 17 %); mortalità sul totale 17 %.

2) *Forme infettive e contagiose*: 150 - percentuale di frequenza 26 %; maschi 90, morti 10 (mortalità 11 %), 60 femmine, morte 4 (mortalità 6 %); mortalità sul totale 9 %.

3) *Apparato scheletrico*: 41 - percentuale di frequenza 7 %; maschi 22, femmine 19; mortalità sul totale 4 %.

4) *Apparato digerente* (enteriti e complicanze) 36 - percentuale di frequenza 6 %; maschi 22, morti 10, (mortalità 45 %), femmine 14, morte 2, (mortalità 14 %); mortalità sul totale 33 %.

5) *Ernie, idrocele, fimosi, torsione del funicolo*: 34 - percentuale di frequenza 5 %; maschi 32, femmine 2; mortalità 0.

6) *Sistema emolinfatico* (*adenopatia, splenomegalia*): 27 - maschi 18, femmine 9, mortalità 0.

7) *Ascessi e flemmoni*: 22 - percentuale di frequenza 3 %; maschi 10, femmine 12; mortalità 0.

8) *Otiti e mastoiditi* (due terzi operati): 22 - percentuale di frequenza 3 %; maschi 11, femmine 11; mortalità 0.

9) *Sistema nervoso* (*meningiti, corea, esiti di poliomielite, spasmofilia* ecc.): 20 - percentuale di frequenza 3 %; maschi 7, morti 3, femmine 13, morte 3; mortalità sul totale 30 %.

10) *Ustioni*: 14 - percentuale di frequenza 2 %; maschi 11, femmine 3; mortalità sul totale 7 %.

11) *Nefriti e nefrosi*: 11 - percentuale di frequenza 2 %; maschi 3, morti 1, femmine 8, morte 0; mortalità sul totale 9 %.

12) *Vulvovaginiti*: 6 - mortalità 0.

13) *Forme cutanee*: 6 - maschi 2, femmine 4; mortalità 0.

14) *Eredo-lue*: 2 - maschi; mortalità 0.

15) *Forme cardiache* (insufficienza mitralica): 2 - mortalità 0.

16) *Forme varie*: 3 - mortalità 0.

CONSIDERAZIONI GENERALI.

Le considerazioni degne di speciale interesse sono le seguenti:

1) All'Ospedale di Monza il numero dei bambini ricoverati entro il primo biennio di vita ammonta a circa 112 all'anno.

In generale, nonostante le facilitazioni concesse dagli Enti Pubblici per la spedalizzazione, si incontrano notevoli difficoltà a causa dell'affettività dei genitori che li rende restii ad accettare le cure ospitaliere.

2) Sopra un totale di 566 ricoverati sempre nel primo biennio, abbiamo 349 maschi e 217 femmine: dunque netta prevalenza maschile col 62 % contro il 38 % delle femmine.

Non possiamo dire se questa differenza sia dovuta ad una prevalenza di morbilità maschile, ovvero ad altri fattori che a noi sfuggono. Certo che negli adulti si osserva effettivamente una morbilità maggiore nei maschi rispetto alle femmine. Se ora mettiamo in rapporto questi dati di fatto, si potrebbe sospettare che fin dalla nascita il sesso maschile vada maggiormente soggetto alle malattie.

3) In senso assoluto, nel ricovero ospitaliero, il gruppo delle malattie dell'apparato respiratorio occupa il primo posto. Subito dopo viene il gruppo delle malattie infettive e contagiose, indi quello dell'apparato digerente; seguono il gruppo del sistema nervoso, il sistema emolinfatico, il sistema urinario, le forme chirurgiche, ecc.

4) Per l'apparato respiratorio abbiamo avuto il 17 % di mortalità, in uguale proporzione fra maschi e femmine.

5) Per le forme infettive e contagiose, il 10 %. Da notare che il contingente maggiore di questo gruppo è fornito dalla difterite e da notare anche che tutto il 10 % di mortalità ricade su questa forma morbosa. Non abbiamo avuto mortalità per le forme esantematiche. In questo gruppo la mortalità cade quasi totalmente sui maschi.

6) Per il gruppo dell'apparato digerente, la mortalità è del 33 %, con una grandissima prevalenza del sesso maschile: 45 % dei maschi contro 14 % delle femmine. Per questo gruppo si può dire che realmente il numero dei ricoverati è esiguo rispetto alla morbilità del Circolo di Monza; ciò si spiega sopratutto col fatto che il peggioramento della malattia è rapido e la madre è restia a che il bambino muoia in ospedale, anzichè in casa e poi perchè è convinzione generale che il trattamento di questa forma morbosa in ospedali non attrezzati all'uopo (mancanza di balie, mancanza di camere adatte, ecc.) non è differente dal trattamento a domicilio. D'altro canto l'alta

mortalità ospitaliera si spiega considerando che vengono ricoverati i casi più gravi.

7) Per il gruppo del sistema nervoso le femmine ricoverate sono in numero nettamente maggiore e la mortalità raggiunge il 30 %; questa alta cifra è sostenuta sopratutto dalle forme tubercolari; anche in questo gruppo, netta prevalenza di mortalità nel sesso maschile (45 % contro 23 %).

8) Nel campo chirurgico si nota che nelle otiti e nelle mastoiditi la mortalità è zero e che i 2/3 sono stati operati.

Sono stati inoltre operati 21 ernie inguinali (19 maschi e due femmine) e tutte con successo. Furono operati 22 casi di ascessi e flemmoni senza alcuna mortalità.

Furono ricoverati inoltre 14 casi di ustioni con un solo morto; di questi: 11 appartengono al sesso maschile e soltanto 3 al femminile. Si sono avuti inoltre 20 casi di frattura di cui un solo morto per frattura della base cranica.

Finalmente su 16 empiemi, 14 furono curati medicalmente con solo tre casi di morte, e due operati con successo.

Un'ulteriore osservazione degna di interesse è quella che si riferisce alla mortalità dei neonati entro i primi sette giorni.

Su 1182 neonati di questi ultimi cinque anni, nel nostro reparto di Maternità, abbiamo avuto 48 morti nei primi sette giorni, in ragione quindi del 4 %.

Le cause di morte sono: le debilitazioni congenite rappresentate da parti prematuri, lue e distrofie in genere.

Osserviamo altresì che negli ultimi anni di fronte a una aumentata ospedalizzazione delle gestanti per il parto si osserva una diminuzione di percentuale di mortalità nei primi sette giorni; il che vorrebbe dire che un'accurata assistenza delle gestanti e dei neonati, come può ottenersi in reparto di maternità, favorisce una diminuzione di detta mortalità. Per esempio ad una percentuale di mortalità dell'otto per cento nel 1933 corrisponde una mortalità del 4 % nel 1937.

Le conclusioni, che risultano dai dati sopra esposti, sono:

1) Occorre evitare le debilità congenite; appare evidente l'importanza dell'eugenetica e dell'assistenza alla madre durante la gestazione; attraverso i Consultori Ostetrici si possono ottenere risultati ottimi tanto per la diffusione delle elementari nozioni dell'igiene preconcezionale e prenatale, quanto per le cure.

2) Favorire l'allattamento al seno materno propagandando i gravi inconvenienti dell'allattamento artificiale, sorvegliare i rapporti della madre nutrice col lavoro. Nella nostra città, avente carattere prevalentemente industriale, si osserva da qualche anno come la percentuale dell'allattamento al seno sia in una certa diminuzione, creandosi talora il fenomeno, anche sociale ed antieconomico, del capo di famiglia disoccupato e della madre nutrice al lavoro.

3) Le vigenti provvidenze legislative sono insufficienti a proteggere la donna che allatta poichè le concedono un solo mese di assenza dal lavoro, per cui essa si vede costretta, per ragioni economiche, alla ripresa lavorativa iniziando in tal modo troppo precocemente quell'allattamento misto che ben presto porterà al divezzamento.

4) Vigile sorveglianza sul « reale » funzionamento delle camere d'allattamento presso le fabbriche delle cittadine a carattere industriale; efficace propaganda nei piccoli centri rurali per una maggiore comprensione dell'igiene infantile, con la proibizione di tenere i bimbi nelle stalle durante i mesi invernali, come capita tuttora d'osservare nel nostro contado.

5) Una sempre maggior diffusione dei Consultori Pediatrici, diretti da medici competenti, con cooperazione più intensa e diretta coi vari Ospedali di Circolo e Dispensari Antitubercolari, ciò che permetterebbe al Consultorio una funzione più ampia per applicare eventuali profilassi antirachitica, antitubercolare e antiluetica. Dare inoltre al Consultorio la possibilità di applicare su vasta scala la vaccinazione antidifterica, data la maggior diffusione della difterite stessa.

6) Propaganda di puericultura pre e postnatale, già in atto parzialmente attraverso conferenze, anche alle madri che frequentano i Consultori, ed eventuale obbligo di frequenza alle levatrici dei Consultori di Pediatria per elevare la loro cultura anche in questo campo.

7) Spedalizzazione precoce di alcune forme morbose (enterite, gastroenterite, ecc.) e preparazione di infermiere fra le più capaci all'assistenza del bimbo malato.

8) Possibilità di avere, rendendo più intimi i rapporti tra gli Ospedali di Circolo e i Consultori, balie a disposizione per la cura di forme morbose. (A tutti è noto come in alcuni Stati si siano formati centri di raccolta di latte materno; credo che anche in Italia qualcosa si sia fatto del genere).

9) Attrezzare anche negli Ospedali più piccoli qualche reparto apposito per il ricovero e la cura dei bimbi ammalati.

CENNI BIBLIOGRAFICI [1]

G. RAZZABONI. *Trattato di Prognostica chirurgica.* 2 volumi. Casa Editrice L. Cappelli. Bologna 1938.

Il tentativo del Razzaboni è nuovo e ardito. Ha ragione l'A., quando dice nella Prefazione che l'opera è essenzialmente clinica, poichè il giudizio prognostico non si può desumere da cognizioni generiche di patologia, per quanto queste debbano essere sottintese e ben digerite; e che ha uno scopo sopratutto pratico, perchè è nell'esercizio professionale, che la prognosi acquista l'importanza maggiore.

Dalla massima parte dei malati o dalle loro famiglie, noi non siamo sollecitati tanto a formulare una diagnosi esatta, quanto a stabilire, il più precisamente possibile, se è necessario o meno un intervento chirurgico e quali ne saranno i probabili esiti, se si può cioè contare sulla guarigione del malato, o l'operazione possa avere un risultato temporaneo di prolungare la vita o infine si possa tentare come unica speranza di salvezza.

Dir questo è lo stesso che affermare la difficoltà del giudizio e anche intendere come non sia possibile dar norme generali, poichè le condizioni sono variabili nei diversi casi, come sempre accade nella clinica, quando si tratta di giudicare singoli malati colle infinite variazioni dipendenti oltre che dalla lesione locale, dalla costituzione, dalle complicazioni, da fattori ambientali e di altro genere e anche, è necessario aggiungere, dall'esperienza e dalle attitudini speciali del chirurgo.

Si entra così direttamente nell'argomento fondamentale della « indicazione operatoria ». È questa senza forse una delle parti più delicate della nostra scienza, che richiede oltre, per quanto è possibile, la massima esattezza nella diagnosi, che resta sempre il punto cruciale della nostra opera di clinici, la valutazione di tanti altri dati, di resistenza, di età, di condizioni generali, di costituzione e infine delle modalità tecniche di esecuzione dell'intervento, dove entra la parte personale del chirurgo, l'arte, che sfugge evidentemente a precisazioni scientifiche.

Tutto ciò dimostra, ripeto, la difficoltà grande della trattazione sistematica.

Il Razzaboni possiamo dire le ha superate bene cercando di stabilire appunto dei criteri generali di diagnosi, di indicazione operatoria, di tecnica cui attenersi per la prognosi nelle varie malattie.

Certo il frazionamento in capitoli ha portato all'appesantimento dell'opera, che ha dovuto, dopo la trattazione un po' generale e teorica degli stati di shok e di varie infezioni gravi a tipo setticemico e tossiemico, e poi dei tumori, prendere in esame successivamente in capitoli distinti tutti i sistemi organici e gli apparati, venendo così in definitiva a costituire un vero e proprio Trattato di Patologia e Clinica Chirurgica, che espone le lesioni dei vari tessuti ed organi, viste prevalentemente sotto l'aspetto clinico e specie della prognosi, ma con inevitabili deviazioni nel campo della patogenesi, da un lato, della tecnica operatoria dall'altro.

Così, per limitarci a un esempio, dalle varie teorie etio-patogenetiche delle ulcere gastro-duodenali, cui sono così intimamente legate le varie modalità delle operazioni, dalle più semplici conservative, sul simpatico o simili, a quelle di derivazione e di asportazione più o meno estese, sorge tale una differenza di opinioni e di risultati, che la prognosi viene a costituire un dato un po' evanescente, e probabilmente il medico e il chirurgo pratico rimarrà assai perplesso e ne trarrà scarso appoggio per il suo giudizio prognostico.

Altri esempi si potrebbero trovare in altri capitoli; ma ben s'intende che in una materia così vasta e in una trattazione così complessa, è facile la critica. Preferisco mettere in evidenza la grande massa di osservazioni raccolte dall'A., che se non daranno sempre il modo al pratico di dirigersi nel mare infido della prognosi, gli porgerà certo una guida preziosa, profittando largamente dell'improba fatica che il libro deve essere costato all'A.

R. ALESSANDRI.

M. BÉRARD. *Les méthodes chirurgicales du traitement de l'Angine de poitrine. Evolution et résultas.* Masson e C., éditeurs. Paris, 1937.

« Il problema dell'« Angina di petto » come ben dice nella prefazione, R. Leriche, è uno dei più attraenti tra quelli che oggi si offrono all'attenzione dei chirurgi. È uno di quelli che dobbiamo risolvere, perchè la sua soluzione apporterà a numerosi malati un immenso beneficio morale e fisico ».

L'angina di petto è vecchia quanto l'umanità e non saremo sorpresi se troviamo in Seneca i primi accenni al terribile malanno. Però fu soltanto nel 1768 che Eberden ne tracciò i principali caratteri clinici.

Nel 1917 Ionnesco operò il primo anginoso: il successo superò ogni previsione e numerosi chirurgi scelsero la nuova via. Seguirono dubbi e paure giustificate sulla estensione degli effetti del grave intervento e dopo lotte ed incertezze s'addivenne al concetto di adattare i bisogni dell'organismo alle possibilità della funzione cardio-vascolare. In quest' ordine d'idee i medici ed i chirurgi di Boston preconizzarono la *tiroidectomia totale* come trattamento dell'angina di petto: abbassato il metabolismo basale, i bisogni della circolazione

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

diminuiscono di altrettanto, per conseguenza aumenta il margine tra le esigenze dell'organismo e le possibilità della funzione cardiaca a provvedere a tali esigenze.

Sono infine di data recente i tentativi di riparare l'obliterazione delle coronarie con la rivascolarizzazione del miocardio.

Bérard espone i risultati di tutti questi tentativi che noi appena accenniamo, critica, confronta e discute le rispettive indicazioni di tutte queste concezioni terapeutiche diverse. In questo arduo compito ha trovato l'appoggio di Gallavardin, di Leriche e Fontaine che hanno messo a sua disposizione i loro documenti e la loro immensa esperienza sull'argomento. Per i lavori sperimentali sulla tiroidectomia totale si giovò molto della frequenza di Eliott Cutler, come di White di Boston e di Beck di Cleveland che posero a sua disposizione, con grande cordialità i risultati dei loro lavori recenti e l'esposizione dei loro metodi.

Il volume, di 389 pagine, in ottavo grande, edito da Masson con gran decoro e ricchezza di mezzi è diviso in 6 capitoli: nel primo sono esposti i dati anatomici e fisiologici riguardanti i nervi del cuore, nel secondo si tratta delle crisi anginose e della loro fisiopatologia; nel terzo delle diverse modalità del trattamento neuro-chirurgico dell'angina di petto con una statistica di 27 casi, operati da Leriche e Fontaine. Sono queste operazioni basate sul concetto fisiologico; seguono quelle basate sul concetto anatomico, come: la ganglionectomia toracica, l'alcoolizzazione paravertebrale con la statistica di J. White di Boston (38 casi).

Nel quarto capitolo si parla del metodo della *rivascolarizzazione del miocardio* con accenno a due osservazioni riferite da Leary, Timothy e Vearn. Pel resto si tratta prevalentemente di lavori sperimentali condotti su cani. Sono riportati però gli 11 casi (5 morti) operati da Bech al Lakeside Hospital di Cleveland.

Nel V capitolo è esposto il *metodo della tiroidectomia totale*. La grave quistione è svolta minutamente nelle sue fasi e nella sua evoluzione ed una sobria critica guida il lettore in salvo fra gli scogli dell'arduo viaggio. La mortalità di questa operazione fu molto grande in principio, poi è discesa ad 8 % (Blumgart e Berlin) ed a 6-8 % secondo Cutler. Il mixedema è la spada di Damocle di questi disgraziati nei quali il metabolismo basale dovrebbe esser mantenuto fra — 25 e — 30.

In questo capitolo è riportata la statistica (XXX casi) di Cutler, operati al *Peter Bent Brigham Hôspital*. Tre malati morirono subito dopo l'intervento, e cioè il 10 %.

Considerando i morti entro trenta mesi dall'operazione si arriva al 36 %.

Il sesto ed ultimo capitolo precisa le indicazioni del trattamento chirurgico dell'angina di petto.

L'opera minuziosa, diligente e dotta di M. Bérard è rivolta precipuamente ai chirurgi provetti ed in parte ai neuro-chirurgi; ma è certo che le necessità della cultura generale del medico moderno impone a tutti il dovere di leggere e rileggere attentamente l'ottima pubblicazione. T. FERRETTI.

R. GOLDHAHN. *Die Operation in der Sprechestunde*. 2ª edizione, vol. in-8° di pag. 181. G. Thieme, Lipsia, 1938.

Il piccolo volume del quale è stata necessaria una seconda edizione in breve tempo, ha incontrato il favore del pubblico medico per la importanza ed il modo veramente didattico come sono descritti i principali interventi che il chirurgo pratico può eseguire nel suo ambulatorio. Lo scopo è quello di insegnare e di segnare i confini tra quello che si può e quello che non si deve fare, vi è aggiunta solo come operazione che può essere di necessità immediata la tracheotomia. Bene inteso che solo al chirurgo o a chi abbia già una buona preparazione chirurgica può essere concessa l'esecuzione di questi interventi, che alle volte per la semplicità e la chiarezza con la quale sono descritti possono essere giudicati ancor più facili ed accessibili anche a chi non ne conosca le possibili complicanze e le restrizioni date dal singolo caso e dall'ambiente dove si opera.

In tutti i singoli capitoli vi sono insegnamenti dettati dalla matura esperienza dell'autore, ma che rappresentano gli accorgimenti più sicuri per la buona riuscita dell'intervento e per il bene dei pazienti. Escidere i bordi delle ferite infette dal capo e suturare poco.

Nelle mastiti tagli cutanei un po' lontani dal capezzolo e profondamente procedere in senso radiale. Quando una puntura esplorativa delle pleura dà un essudato purulento il paz. deve essere inviato subito dal chirurgo e devono essere abbandonati i ripetuti tentativi di svuotamento a scopo terapeutico. I processi purulenti del polmone non si devono pungere e così gli empiemi interlobari. Quando si pratica una puntura per l'ascite l'ago non deve avere la punta acuminata e si deve fare prima l'anestesia della cute.

Il medico pratico deve fare il cateterismo solo per l'ipertrofia prostatica ed è bene che sia usato un grosso catetere curvo di metallo. Negli ascessi paraproctitici le incisioni a punta portano alla formazione di fistole, l'ascesso deve essere aperto ampiamente.

I flemmoni dei tendini e della guaina vengono aperti con piccole incisioni laterali, ecc ecc. Questi e molti altri insegnamenti ed osservazioni veramente preziose per il chirurgo pratico, che così di frequente deve assumere gravi responsabilità. QUIRI.

L'influenza nei bambini, complicanze polmonari e loro cura.

Dott. Bruno Calamandrei.

Si è ritenuto per lungo tempo che i bambini più piccoli siano risparmiati dall'influenza o che per lo meno ne siano colpiti in modo più lieve: invece è comunemente accertato che l'influenza colpisce ogni sorta di persone senza differenze per l'età e che i bambini ne vengono colpiti al pari degli adulti (Ferrio). La mortalità è più alta tra i bambini appartenenti a classi sociali più povere, con un livello di vita igicnico molto basso, con cattiva ed insufficiente alimentazione e con tare organiche importanti.

Le forme semplici sono relativamente rare mentre non c'è quasi complicazione che non sia stata osservata in seguito all'influenza e ciò in dipendenza della natura stessa della malattia la cui infezione si annida nelle mucose e può dar luogo ad una tossiemia che determina l'esplosione di fatti morbosi lontani dal focolaio batterico e che può generalizzare la fenomenologia morbosa. Questa tossiemia può produrre l'attecchimento di nuove infezioni, inasprire le infezioni e le intossicazioni latenti, rendere attivi processi morbosi nascosti (Maragliano).

Le complicanze a carico dell'apparato respiratorio sono frequenti circa nel 60 % dei bambini colpiti (Macciotta), considerando la corizza, la tracheite, e la laringite più come manifestazioni del quadro generale che come complicanze vere e proprie: queste ultime sono costituite da bronchiti, congestione polmonare, bronco polmoniti, polmoniti lobari e pleuriti.

Per quanto sia azzardato il parlare di pneumoniti e bronco pneumoniti da influenza, dato che non è da tutti definitivamente accettata la specificità del bacillo di Pfeiffer e che lo stesso scopritore aveva trovato che non di rado esso manca in casi clinicamente tipici di influenza, bisogna ammettere che occorrono comunemente infezioni cosiddette grippali, svariata etiologia (soprattutto da pneumococco, micrococco catarrale, streptococchi, stafilococchi, bacillo di Friedlaender, ecc.) che intervengono sotto forma di affezioni catarrali delle vie respiratorie, massime durante la stagione fredda, e che, propagandosi largamente, attaccano a preferenza e più intensamente i bambini piccoli ed i lattanti (Cozzolino). In ogni modo è sempre molto difficile stabilire clinicamente di quale forma si tratti a meno di non avere davanti una forma decisamente lobare, il che non è facile poichè di solito la pneumonite da influenza decorre in modo tutto atipico che la rende poco distinguibile dalla broncopneumonite.

La forma clinica della pneumonite da influenza è quasi sempre anomala e caratterizzata dai fatti seguenti:

mancanza frequente del brivido iniziale; curva febbrile a tipo remittente od intermittente; sputo commisto di crocco e di mucopurulento; epatizzazione lenta e irregolare; assenza di crisi e grande lentezza nella risoluzione del processo (Ferrio). Nei bambini poi i caratteri generali della broncopolmonite grippale mentre ricordano in linea generale quelli delle manifestazioni comuni, sono in linea di massima caratterizzati da una tendenza ad una maggior gravità, dalla pluralità dei focolai e dalla facilità con cui essi confluiscono.

Nella pratica privata ogni medico sa quale e quanta preoccupazione destino questi fatti morbosi quando colpiscono piccoli bambini, oltre che per sè medesimi per l'ambiente in cui si è costretti a svolgere la nostra opera, ambiente saturo di pregiudizii, di paure, di prevenzioni e talora, specie nelle campagne, di diffidenza: ed ecco allora assillante il problema della cura o meglio il problema della scelta del mezzo curativo migliore, capace di arrestare la diffusione delle complicanze bronco-polmonari e polmonari o per lo meno di modificare il decorso delle forme inerti e tenaci in un decorso risolutivo: problema che molte volte non è di facile risoluzione per la vasta messe di preparati più o meno miracolosi ma tutti dichiarati specifici per la cura della polmonite e delle altre forme broncopolmonari: se a ciò poi si aggiunge che queste forme nei bambini oltre-che essere accompagnate da manifestazioni generali imponenti determinano nei genitori e parenti dei colpiti uno stato notevole di preoccupazione per cui si è costretti a vivere in un ambiente saturo di spiccata emotività, si comprende come determini nel medico una certa tranquillità l'avere a portata di mano un preparato che, se pure non può dirsi specifico per queste forme, è tuttavia capace, come ho avuto agio di sperimentare, di notevolmente modificare i processi bronco pneumonici, mutando spesso il decorso delle forme tenaci ed inerti in uno risolutivo con rapido avviamento alla convalescenza, e di determinare moltissime volte la risoluzione completa di processi bronco-polmonari gravissimi.

Il preparato cui ho inteso accennare e che uso largamente da molto tempo con risultati veramente notevoli e brillanti è il Trifenil, e, se mi permetto di segnalarlo ai colleghi, non è certamente a scopo reclamistico ma perchè ho potuto convincermi da una lunga espe-

rienza della sua reale e credo indiscussa efficacia; sicuro con ciò di fare cosa utile per quei medici, specialmente se sparsi in piccoli centri, dove ai già scarsi mezzi terapeutici idonei a curare od abbreviare il decorso di queste terribili complicanze polmonari, si aggiungono molte altre difficoltà ambientali: a conforto di questa mia modesta asserzione, credo utile riportare alcuni casi, fra i tanti, realmente brillanti ed esaurientemente dimostrativi.

B. A., mesi 18, è da tre o quattro giorni sofferente per lievi fatti febbrili con tosse modica: essendo improvvisamente salita la temperatura e aggravate le condizioni generali mi si chiama d'urgenza: trovo temperatura 39°,8, polso 150, respiro 44: alla ascoltazione rantoli finissimi su tutto l'àmbito polmonare: diagnosi bronco polmonite influenzale. Prescrivo digitale, ossigeno, antiflogistina e pratico una iniezione di Trifenil: al mattino seguente trovo temperatura 37,8, polso 105, respiro 35, il piccolo ha dormito quasi tutta la notte ed è notevolmente sollevato: pratico una seconda iniezione di Trifenil e il giorno di poi, il paziente è completamente sfebbrato: permangono fatti bronchiali molto meno imponenti che si risolvono in pochi giorni rapidamente e senza ricadute.

L. O., mesi 11, è da qualche giorno febbricitante con poca tosse, raucedine, corizza; non si è ricorso al medico dato che i familiari pensavano trattarsi di una lieve forma influenzale come ve ne erano in giro; improvvisamente il bambino si aggrava e mi chiamano: trovo temperatura 40, polso 140, respiro 46: all'ascoltazione trovo a destra spiccato soffio bronchiale e a sinistra rantoli diffusi a piccole bolle: prescrivo la solita cura e pratico una iniezione di Trifenil: al mattino di poi il bimbo è sempre molto grave; ripeto il Trifenil ed il giorno appresso il piccolo è completamente sfebbrato e si ha la guarigione completa in brevissimo tempo.

C. M., mesi 15. Vedo il bimbo da vari giorni per lievi fatti febbrili, con tosse modica e qualche fatto bronchiale: in quinta giornata di malattia il piccolo si aggrava improvvisamente; la temperatura diviene altissima, i fatti bronchiali si diffondono fino a determinare una grave bronco polmonite: inizio la solita cura con iniezioni giornaliere di Trifenil ed in terza giornata il processo morboso sembra risolto: il bimbo sta bene un paio di giorni, dopo di che la temperatura risale e si riacutizzano i fatti bronco polmonari; ricorro nuovamente al Trifenil ed il giorno seguente il piccolo sta nuovamente meglio ed ha una rapida convalescenza con completa guarigione.

N. E., mesi 9, è da vari giorni sofferente per lievi fatti influenzali quando improvvisamente si ha la complicazione di una gravissima polmonite: prescrivo la cura solita e dopo la seconda iniezione di Trifenil, posso constatare la completa risoluzione del processo pneumonico.

Concludendo credo di potere serenamente affermare:

1) che è possibile determinare in anticipo la crisi nei processi pneumonici e broncopneumonici influenzali nei bambini e affrettarne la guarigione;

2) che il Trifenil nei casi in cui non determina la crisi provoca sempre uno stato favorevole che allontana ogni pericolo dando alla malattia un decorso benefico;

3) che non provoca nessun disturbo ed è sopportato benissimo anche da piccoli malati e da lattanti ed anche se usato ripetutamente.

Credo questa mia modesta nota sufficiente per invogliare i colleghi, specialmente se sparsi in piccoli centri, a provare questo preparato che non mi sembra azzardato chiamare rimedio di elezione nelle forme d'influenza dei bambini complicate da fatti polmonari e bronco polmonari e che quando, come nella pluralità dei casi, non arresta di colpo la più frequente e la più grave complicazione dell'influenza, ha sempre l'incomparabile vantaggio di abbreviare il decorso del male e determinare una rapidissima guarigione.

Nuovi orientamenti nella cura della stitichezza.

Uno studio accurato sulla stitichezza, sui fattori che la determinano, sulle sue conseguenze e sulla sua cura è stato fatto dal prof. Pio Marfori (*Cura biologica della stitichezza*, Roma, 1938).

L'emerito professore di materia medica, dopo una minuta analisi delle cause che determinano questa forma morbosa (fattori psichici, abitudini sociali, sedentarietà, abuso di purganti e clisteri, alimentazione incongrua, diminuita secrezione intestinale, disturbi endocrini [vedi E. Schiassi, Congr. Soc. It. Medicina, ottobre 1927]) potenziando una predisposizione individuale alla disfunzione intestinale od epato-intestinale, ricorda le principali forme di stitichezza (atonica, spastica, dischezia e proctostasis paradoxa) con le varie conseguenze e complicazioni ed enumera le varie malattie che la stitichezza, pur non determinandole, rende più gravi. Ricorda i principî fondamentali da tener sempre presenti per poter stabilire una terapia razionale che consiste essenzialmente nel cercare di individuare è, se possibile, sopprimere gli elementi etiologici sopra accennati ed agire terapeuticamente valorizzando i fattori fisiologici della motilità intestinale senza irritare l'intestino, falsa terapia che lo rende sempre più pigro, e senza turbarne le funzioni digestive, di assorbimento ed emuntoria.

Enumera i farmaci che consiglia di evitare perchè dannosi: la belladonna perchè limita le secrezioni intestinali turbando la digestione, i drastici ed i purganti salini perchè creano uno stato irritativo cronico sull'intestino e congestionano gli organi pelvici, la fenolftaleina, responsabile, anche a dosi terapeutiche, d'incidenti gravi e persino mortali sopratutto per lesioni epatiche e renali mettendo in guar-

dia sul fatto che tale farmaco sta a base di numerosissimi prodotti, per cui gli ammalati credono di cambiare rimedio ed invece abusano di essa sotto diversi nomi.

Ritiene che si debbano evitare anche gli olii minerali perchè disturbano l'azione biologica dei fermenti digestivi sugli alimenti e l'assorbimento, anche se, come qualcuno sostiene, non siano responsabili delle aumentate percentuali di neoplasie gastriche, ed anche l'agar-agar che rallenta la digestione disperdendo gli alimenti.

Consiglia invece di curare la stitichezza abituale con quei mezzi biologici che nell'individuo sano stanno a base della normale funzione intestinale, coadiuvati da farmaci che stimolano le secrezioni che normalmente si riversano nell'intestino per assicurare il regolare funzionamento.

Richiama l'attenzione sugli interessanti studi di Heidenhein, Zuelzer, Abderhalden, ecc. sulla presenza nella mucosa intestinale, e specialmente in quella duodenale, di un ormone attivatore della peristalsi e ricorda come ottimo antispasmodico la valeriana che consiglia di preferire alla belladonna e a tutti gli altri antispasmodici più energici, che turbano la funzione del sistema vagale non solo quando è esaltata, ma anche quando è normale. Ritiene che l'Ormobyl abbia tutti i requisiti per una cura biologica della stitichezza, perchè composto di ormoni che attivano la funzione epatica e stimolano la peristalsi (bile, estratto epatico e splenico, pancreatina, mucosa duodenale) e di farmaci che aumentano la secrezione biliare (boldo, rabarbaro, podofillina). Gli spasmi da ipertono patologico del vago intestinale, vengono rimossi dalla valeriana che rimane invece inattiva quando il tono del vago è normale.

Chiude l'opuscolo una importante rassegna delle principali indicazioni dell'Ormobyl con la descrizione del suo meccanismo d'azione nelle varie malattie.

La lettura dell'articolo dell'illustre professore, per la profondità delle cognizioni scientifiche e per la forma piana con cui è esposto un argomento così arduo, è di grande utilità, perchè indica la via da seguire per non recar danno in terapia; ed è anche di gran sollievo per l'umanità sofferente di questa incresciosa malattia, che è causa di gravi danni all'organismo ed ha profonde ripercussioni nella vita di relazione di chi ne è affetto. S. R.

Sulla cura della polmonite.

Le maggiori preoccupazioni nella sua vita professionale ogni sanitario le ha certamente avute durante la cura dei polmonitici. Il decorso sempre mutevole per quanto ciclico, le infinite e sempre serie influenze della costituzione, dell'età, del genere di vita condotta dall'infermo, mettono a prova il valore e la tempra del medico più che in ogni altra malattia.

Non solo, ma in quanti casi non conclamati il medico, ad es. negli edemi e nelle congestioni polmonari, nelle complicazioni pleuriche, ed in corso di epidemia influenzale, è costretto a pronunziarsi con una certa circospezione per seguire, di ora in ora, si può dire, le fasi del male e poterne giudicare l'entità.

Nè le preoccupazioni del medico sono finite quando cessa il ciclo causale dell'infezione, che non è sempre la setticemia con localizzazione polmonare: la vigilante condotta del medico può impedire complicazioni serissime o ritardi di guarigione o postumi notevoli.

Studi anatomo-clinici, radiologici, sierologici, hanno permesso di lumeggiare maggiormente il decorso dei processi infettivi pleuropolmonari, ma la terapia non ha segnato grandi passi ed infinita è la gamma dei rimedi preposti, alcuni caduchi altri, perchè efficaci, resistenti da anni al collaudo della pratica.

Tra questi ultimi ci è grato ricordare il trifenil che vanta una letteratura veramente internazionale, con lavori che vanno da quelli del grande clinico a quelli dell'oscuro combattente della condotta medica: un elenco parziale di essi (migliaia di attestati solo sull'azione del trifenil nelle polmoniti) ci dispensa da altre parole.

Sono pochi ormai i medici che non possono dire la propria favorevole opinione sull'efficacia del trifenil comparativamente agli altri rimedi che hanno avuto vita effimera od alternanze significative; nè le recenti vantate terapie per via orale, che non modificano alcun fatto anatomico, non agiscono sul tono cardiovasale e che aggravano anzi lo stato di immanente collasso di ogni polmonitico, che deprimono la crasi ematica (fino alla agranulocitosi) possono interessare il medico ragionatore più che esperimentatore. G. A.

Sulla cura delle bronchiti di origine professionale

per il dott. Remo Leonoro.

Le cause delle bronchiti acute e croniche sono troppo varie e diverse per poterle enumerare con precisione; gli agenti causali non sempre si possono con sicurezza rintracciare. E' spesso è necessario individuare tali agenti se non per fare la diagnosi, almeno per stabilirne i criteri differenziali e istituirne in conseguenza una cura adatta ed appropriata che riesca efficace in quel dato caso. Dalla forma acuta più banale, nella quale la bronchite si accompagna al catarro delle vie aeree più alte (naso, laringe), si passa alle forme infettive influenzali, alle forme da inalazione di polvere, di gas irritanti e tossici. Sono queste ultime specialmente le forme che più interessano questa mia breve e sommaria memoria, forme che sono intimamente legate all'attività di alcune categorie di lavoratori, for-

me che hanno una importanza speciale oggi, considerate come malattie sociali, forme che interessano la patologia del lavoro in questo periodo di intensa attività umana, e che hanno suscitato l'interesse e le previdenze del Governo Nazionale sempre pronto a venire incontro alle necessità delle classi lavoratrici.

E tali affezioni, chiameremo così, professionali dell'apparato respiratorio vanno ricollegate e tenute nel debito conto, nel quadro di quelle forme che preparano quel substrato tubercolare che tanta importanza ha nella lotta antitubercolare.

Ecco perchè il miglioramento e la guarigione precoce di queste entità morbose hanno un grande valore pratico nella previdenza antitubercolare.

Non sempre purtroppo si riesce ad avere un medicamento veramente efficace e che soddisfi, nella terapia di questa affezione, o che racchiuda in sè le qualità terapeutiche per lenire le sofferenze date da queste entità morbose senza produrre delle conseguenze dannose o comunque tossiche su altri apparati dell'organismo umano. L'uso dei prodotti balsamici è antichissimo in queste affezioni, ma sempre legato ad irritazioni gastriche che non permettono una sufficiente alimentazione, accoppiati ad oppiacei e bromuri, sempre deprimenti e influenti sinistramente sull'apparato cardiovascolare. Non è facile insomma, fra tanta pletora di farmaci, trovare preparati che all'azione balsamica tanto utile in queste forme, uniscano l'azione sedativa, tonica e medicamentosa che riesca a far diminuire la secrezione stessa del catarro, decongestionando le mucose bronchiali, e restituendo ad esse la loro primitiva costituzione istologica; preparati combinati in una formula che li renda facilmente assimilabili in veicolo gradevole e aromatico.

Tali doti ho riscontrato nella bronchiolina, prodotto italianissimo che ci emancipa dalle costose specialità straniere o pseudo-italiane.

A tale proposito riferirò alcuni casi clinici che, scelti in una lunga casistica personale, confermano la ragionevolezza della mia asserzione.

1) *Antonio P.*, di anni 39, ammogliato con prole, operaio in una officina di vulcanizzazione di gomma. Nulla a carico del gentilizio; ha sempre goduto buona salute fino a due anni fa. Sviluppo scheletrico regolare, pannicolo adiposo scarso, masse muscolari sviluppate ma flaccide, condizioni generali scadenti. Cuore sano, nulla a carica degli organi addominali. Da circa tre anni lavorava in una officina; nel 1936 si ammalò di bronchite e l'anno scorso capitò alla mia osservazione. Il torace un po' a botte. Alla ispezione e palpazione nulla di notevole. Il mormorio respiratorio era molto affievolito. Nulla di notevole alla percussione. All'ascoltazione si rilevavano rumori bronchiali secchi (fischi e ronchi) e rantoli umidi specie ai lobi polmonari inferiori. La tosse era frequentissima, molesta ed accompagnata da catarro muco-sieroso e muco-purulento.

Dietro mia prescrizione, accoppiandola a provvedimenti igienici, incominciò a fare uso sistematico di bronchiolina.

Dopo un anno il quadro morboso è completamente cambiato.

Condizioni generali buone, non polipnea, respiro facile, non ronchi o sibili; ancora qualche rantolo a grosse bolle; tosse scomparsa e molto scarsa la secrezione catarrale. Il paziente continua la cura senza interrompere il suo lavoro.

2) *Francesca B.*, di anni 28, nubile, operaia in una fabbrica di seta artificiale. Genitori viventi e sani; mestruata a tredici anni con mestrui sempre normali per quantità, qualità e durata. Non ha mai avuto malattie degne di nota. Condizioni generali scadenti, colorito pallido. Dopo alcuni mesi che lavorava nella fabbrica cominciò ad avere tosse molesta e penosa quasi senza secrezione catarrale. Nulla rilevasi alla ispezione del torace e alla palpazione. Alla percussione suono un po' timpanico, all'ascoltazione si udivano rumori secchi, fischianti; nessun rantolo umido. La paziente aveva anche avuto frequenti attacchi asmatici. Tale forma morbosa si poteva inquadrare nelle forme di « catarro bronchiale cronico secco ». Dopo un anno di cura la paziente è molto migliorata. Non ha più avuto attacchi asmatici; la tosse è calmata; le condizioni generali sono divenute normali.

3) *Giuseppe R.*, di anni 43, mugnaio, ammogliato, senza prole. Condizioni generali buone. Nulla di notevole nel gentilizio. Da vari anni soffriva di tosse continua con abbondante espettorato, con frequenti attacchi febbrili. All'esame del torace notai affievolimento del mormorio vescicolare, rumori umidi a grosse e piccole bolle in tutto l'ambito polmonare. L'espirazione per lo più era prolungata per ostacoli da stenosi bronchiali nei piccoli bronchi. Espettorato muco-purulento abbondantissimo tipo broncorrea. Dopo un anno circa di cura le condizioni dell'apparato respiratorio sono molto migliorate. Non più attacchi febbrili; la tosse modica, e non dolorosa; l'espettorato ridottissimo e muco-sieroso. Il paziente si sente ora molto meglio e può continuare ad accudire al suo lavoro.

I casi suesposti confermano le mie precedenti osservazioni le quali possono essere anche confortate da una copiosa casistica di guarigioni di forme bronchiali acute influenzali e post-influenzali anche a decorso epidemico.

I MAESTRI

Il sen. Viola.

Come ne demmo già notizia, il sen. Giacinto Viola si è indotto, per ragioni di salute, ad avanzare domanda di collocamento a riposo. Il Ministro dell'E. N., nell'accogliere la domanda, ha indirizzato al sommo clinico una lettera di rammarico per l'allontanamento dalla cattedra e di ringraziamento e di ammirazione per l'opera didattica e scientifica svolta ed ha formulato l'augurio che presto le condizioni di salute consentano al sen. Viola di dare, anche al difuori dell'insegnamento, alla scienza medica il prezioso contributo della sua mente e del suo sapere.

La Facoltà medica di Bologna, adunatasi il 14 febbraio, ha rivolto al sen. Viola un deferente saluto. Venne letto un indirizzo che riportiamo nella sua integralità:

L'opera del Sen. prof. Viola in un indirizzo della Facoltà Medica di Bologna.

La Facoltà Medica di Bologna apprende col più vivo rammarico che, per ragioni di salute, Voi avete lasciato volontariamente l'insegnamento della Clinica Medica.

Le parole che il Ministro dell'Educazione Nazionale Vi ha indirizzato in questa occasione, sono la più efficace espressione di quel che perde con Voi l'Università Italiana.

Per oltre 30 anni a Messina, a Palermo, a Bologna, Voi avete insegnato la Medicina Clinica seguendo un indirizzo metodologico che lascierà un'orma nella storia del pensiero medico italiano.

Se è vero che la storia del progresso scientifico è rappresentata principalmente dalla storia dei metodi di indagine che via via le scienze hanno applicato alla investigazione dei fenomeni, gli uomini che fanno la storia delle scienze sono quelli che hanno saputo ideare un metodo che si avvicina, con maggiore approssimazione dei precedenti, alla conoscenza del vero. Orbene, a questo piccolo gruppo di uomini appartenete Voi. Di fatti nella Medicina Clinica l'Italia si è affermata da prima nel sec. XVIII con il metodo anatomo-clinico di Morgagni; poi bisogna giungere ai giorni nostri per trovare nel pensiero medico l'impronta di un nuovo metodo italiano, che è quello costituzionalista.

De Giovanni ebbe la felice intuizione che soltanto dallo studio della costituzione individuale poteva derivare una più profonda conoscenza dei fenomeni morbosi: Voi, formato alla Sua Scuola, faceste un gran passo innanzi con la concezione e l'applicazione di un metodo che, esposto in numerose opere monografiche e in trattati scolastici, oggi è seguito da quanti in Italia, nel campo biologico e clinico, vogliono indagare il problema della costituzione individuale.

La concezione e l'esposizione della indagine della Costituzione individuale Vi è costata molti anni di meditazione e di lavoro, durante i quali non Vi lasciaste mai distrarre dalle lusinghe di altre attività. Voi badaste sempre a riformare il Vostro pensiero per migliorarlo, ed a costruire sulla base di una esperienza tutta Vostra.

Ora Voi lasciate spontaneamente l'insegnamento, dopo aver compiuta, in un'atmosfera politica propizia a tutte le utili iniziative innovatrici, un'altra grande Opera, la nuova Clinica Medica di Bologna che offre ai giovani, non solo ambienti decorosi, come forse nessun'altra Clinica in Europa, ma anche e sopratutto uno strumentario per le ricerche dotato dei mezzi più moderni che il progresso della tecnica ha prodotto.

Sempre guidato dal pensiero che in un Istituto Clinico debbono fondersi in una forma di attività sintetica, diretta alla cura dei malati, le fondamentali applicazioni delle discipline biologiche, Voi avete creato una Clinica in cui trovano ogni possibilità di realizzazione le ricerche scientifiche e applicative diagnostiche, e vi ha largo posto anche la terapia. Così, Voi avete voluto che in Italia, nella Vostra Clinica, vi fosse un centro di Terapia fisica, per l'istruzione dei giovani medici e del personale d'assistenza sanitaria in questa branca terapeutica, che spesso è abbandonata a tecnici improvvisati.

Inoltre è Vostro merito l'organizzazione dell'Istituto del Radio.

Tale è il complesso organismo scientifico che Voi ideaste e poteste realizzare, perchè sapeste inspirare la più illuminata e fattiva comprensione nelle Autorità Accademiche e nei rappresentanti dei Corpi Amministrativi Cittadini.

La Vostra Clinica è indubbiamente una scuola grandiosa, ma il maggior titolo d'onore di essa sta nel fatto che Voi lasciate in eredità alle future generazioni quel che è il più alto contenuto spirituale di una vera Scuola, cioè un metodo originale di ricerca che avete efficacemente insegnato con la didattica, che avete divulgato con gli scritti e che tramandate anche con l'insegnamento dei numerosi allievi, già saliti sulla cattedra.

Questo titolo di onore la Facoltà Medica di Bologna si compiace di affermare, mentre Vi invia l'espressione del suo costante affetto, della sua riconoscenza e l'augurio che siate a lungo conservato alla Scienza Medica Italiana.

* * *

L'allontanamento del sen. Viola dalla Cattedra, da lui onorata per lunghi anni, è stato appreso con commozione e rincrescimento da tutta la classe medica italiana, la quale ha per lui una solida stima e vive simpatie.

Egli ha svolto opera di alto valore non solo per le realizzazioni portate, ma anche per le possibilità e gli sviluppi di cui essa è suscettibile. Ha avuto anche altre grandi benemerenze.

Abbiamo fede che il Maestro potrà di nuovo ed a lungo dare la sua intensa attività e il suo magnifico sapere a benefizio dell'umanità e della scienza.

Al prof. Viola è succeduto un altro clinico e studioso di riconosciuto valore, il prof. Antonio Gasbarrini, il quale continuerà le alte tradizioni della Cattedra bolognese, da cui dispensarono i loro insegnamenti grandi Maestri.

Al giovane clinico, che il Ministro per l'Educazione Nazionale ha scelto per coprire la Cattedra che fu tenuta da Augusto Murri e da Giacinto Viola, « Il Policlinico », il quale si onora di averlo fra i suoi assidui collaboratori esprime il più cordiale compiacimento, con riserva di dire più ampiamente di lui in un prossimo fascicolo.

SUNTI E RASSEGNE

OTO-RINO-LARINGOLOGIA.

L'infiltrazione di novocaina nei flemmoni faringo-tonsillari e nelle oto-mastoiditi.

(GIORGIO FERRERI. *Le Forze Sanitarie*, 15 ottobre 1938-XVI).

Se il combattere il dolore è stato in ogni tempo uno degli scopi fondamentali dell'arte medica, nuovo interesse e valore ha assunto questa lotta da quando è stata intravista la possibilità di combattere nel dolore non soltanto un sintoma quanto mai pernicioso, ma anche uno degli elementi capaci di influenzare attivamente il processo infiammatorio che ne è all'origine.

Questo recente indirizzo (le osservazioni iniziali dello Spiess sono del 1916), concretato nel blocco novocainico, sia « a distanza », che a « corto circuito », procedimenti ai quali è legato il nome di Wichnewsky, ha già reso, ed ancor più si avvia a rendere segnalati servigi nella pratica medica e chirurgica.

Il prof. Ferreri cominciò ad applicare il suo metodo dell'infiltrazione novocainica nel 1936, in casi di ascessi e di flemmoni peritonsillari, soprattutto in quelli di essi che, pur provvisti del loro consueto corteo sintomatologico subbiettivo ed obbiettivo, scarsamente si mostravano tendenti alla rapida formazione di raccolte ascessuali, ma evolvevano con decorso prolungato e doloroso. I risultati furono ottimi. A distanza di 5 o 6 h. dalla iniezione, si poteva notare una notevole remissione dei sintomi: alla diminuzione notevole o addirittura alla scomparsa del dolore, del senso di costrizione, della salivazione riflessa e del trisma, faceva infatti riscontro un notevole miglioramento delle condizioni locali. Questo si affermava ancor più nei giorni seguenti, mostrando il processo una duplice tendenza evolutiva, o verso il riassorbimento dell'infiltrazione flemmonosa, o verso la rapida formazione della collezione purulenta, in assenza di sintomatologia tumultuosa.

In luogo del decorso abituale di 8-10 giorni, si ottiene comunque una evoluzione molto più breve, scarsamente dolorosa, e, nella maggior parte dei casi, abortiva; la guarigione con riassorbimento del processo si ottiene infatti nell'81,6 % dei casi.

Il blocco novocainico fu dal prof. Ferreri applicato in molti processi infiammatori; con ottimi risultati furono trattati flemmoni del pavimento buccale, latero-cervicali, sopra e sottoioidei, oltre a molti casi di flogosi degli annessi oculari, nei quali, dietro consiglio dell'A. il metodo fu applicato.

Un campo nel quale risultati notevolissimi sono stati ottenuti è quello delle oto-mastoiditi. Le forme acute, iniziate da breve tempo, hanno mostrato una maggiore influenzabilità, anche se insorte con tale carattere di gravità da far prevedere un più o meno immediato intervento: molte sono tuttavia le possibilità anche nel campo delle forme subacute, come dimostra l'ottenuta guarigione di casi trascinantisi da 15 o anche 20 giorni. Nelle oto-mastoiditi il miglioramento è meno rapido che nei flemmoni faringo-tonsillari, e per ciò meno « brillante », ma tuttavia altrettanto sicuro e progressivo ed apprezzabile attraverso le graduali modificazioni del quadro timpanico e della dolenzia mastoidea, così che in 5 o 10 giorni in media si ottiene la guarigione. La percentuale di essa è del 73 %.

Per quanto riguarda la tecnica dell'infiltrazione faringo-tonsillare, dimostratasi sempre scevra di pericoli, questa non si discosta gran che da quella dell'anestesia per tonsillectomia: usando soluzioni di novocaina all'1 %, *senza adrenalina*, la si inietta al disotto della mucosa, immediatamente intorno al focolaio infiammatorio, e se ne riserva una certa quantità (circa 3 cmc.) per l'iniezione in profondità da praticarsi all'esterno e all'indietro della tonsilla: 5 o 6 cmc. di liquido sono sufficienti alla bisogna.

Nel caso di oto-mastoiditi si procederà a strati: l'infiltrazione, in un primo tempo sottocutanea, sarà poi periostea ed infine sottoperiostea, il che si otterrà infiggendo l'ago perpendicolarmente alla superficie ossea: si procederà poi ad iniettare una certa quantità di liquido tutto all'intorno del condotto uditivo in profondità. Dieci o dodici cmc. di soluzione saranno in genere sufficienti.

Per quali vie e per qual meccanismo la soluzione novocainica esplichi la sua benefica azione, è difficile per ora dire: e l'A., mentre attende che le indagini di laboratorio da lui iniziate possano dire una parola definitiva, prospetta frattanto qualche spunto interpretativo.

La scomparsa del dolore e di quanto il dolore porta con sè di eretistico e di tumultuoso, è già un fattore capace di influenzare di per sè il decorso della affezione causale, e le osservazioni molteplici, anche all'infuori del campo delle flogosi, hanno consacrato questo dato.

Ma non solo a questo meccanismo può essere limitata l'azione del blocco novocainico. Si può ad es. pensare che la novocaina agisca modificando il Ph tissulare, che sappiamo si sposta nei tessuti in flogosi verso un'acidosi talvolta assai notevole, fino a valori di 5,4. La soluz. novoc, ha, secondo ricerche dell'A., un Ph = 7 al paranitrofenolo e = 6,95 al bromotimolo; è cioè una soluzione perfettamente neutra in senso assoluto. E se la si può considerare relativamente acida rispetto al normale Ph 7,4 del siero e del plasma dei tessuti sani, quando essa venga invece iniettata in tessuto sede di flogosi e quindi fortemente acido, diviene altamente alcalinizzante: combat-

te cioè il dolore non solo in virtù del suo potere anestetico ma anche attraverso quello alcalinizzante.

Il sistema simpatico, soprattutto in virtù della sua costituzione mista, in parte centrifuga e in parte centripeta, giuoca senza dubbio un ruolo di primaria importanza nella genesi di complesse correlazioni funzionali di ordine sia fisiologico che patologico: la soppressione di queste ultime, aventi spesso per base riflessi a tipo assonico, ottenuta con la paralisi del simpatico da novocaina, spiega già di per sè l'azione benefica di questa.

L'A. osserva inoltre come il simpatico possa servire di conduzione al dolore: paralizzato il simpatico flogisticamente irritato, l'anestesia permetterebbe a quest'ultimo il riacquisto della sua normale funzione di trofismo e di regolazione. Ed anche se si pensa con i più che il simpatico non sia la via attraverso la quale la sensazione dolorosa viene condotta, ma la causa di essa attraverso il meccanismo della dilatazione dei vasi in immediato contatto con le terminazioni sensitive, resta ferma l'azione simpatica come base di molti dolori, già constatata da Leriche.

Il sistema simpatico giuoca inoltre in primo piano nelle varie fasi di una flogosi in atto, a mezzo soprattutto delle variazioni di circolo; ben si comprende quindi come la novocaina inibendone l'eccitazione, esplichi sui tessuti la sua benefica influenza che è, in ultima analisi antiflogistica.

Qualunque sia il meccanismo d'azione del farmaco, (e le ricerche in corso ne riveleranno le modalità), il metodo dell'infiltrazione novocainica sperimentato dal prof. Ferreri in alcune centinaia di casi, con esito brillante e senza il minimo inconveniente, è una nuova, valida arma contro molte affezioni infiammatorie acute nel campo della oto-rino-laringoiatria.

L. Fiori Ratti.

La paralisi delle corde vocali.

(J. Hua Liu e Y. H. Hsu. *Chinese Medical Journal*, ottobre 1938).

È stato da tempo notato che la paralisi delle corde vocali riguarda più frequentemente i muscoli abduttori della laringe, il che farebbe pensare che le fibre del nervo ricorrente che dilatano la rima glottidea hanno una maggiore vulnerabilità. Nel 1881 Salmon formulò la legge che in tutte le lesioni organiche del nervo ricorrente laringeo dal centro alla periferia sono prevalentemente colpite le fibre che si distribuiscono agli abduttori. In altre parole le corde paralizzate assumono in primo tempo quasi sempre la posizione mediana, e solo tardivamente quella cadaverica.

Le ulteriori osservazioni hanno fatto rilevare che questo modo di vedere non è esatto: le corde vocali paralizzate assumono spesso e fin da principio la posizione cadaverica.

Dai rilievi fatti su 36 casi di paralisi di corde vocali osservati dagli AA. risulta che sono colpiti in maggior numero i maschi di età avanzata in rapporto alla frequenza degli aneurismi dell'aorta e dei tumori del mediastino in questo periodo della vita. Alla stessa ragione ed alla maggiore frequenza delle lesioni di altre lesioni intratoraciche a sinistra si deve se è prevalentemente alterata la corda vocale sinistra.

Le paralisi congenite sono rare.

Non molto frequenti sono quelle dipendenti da lesioni centrali. Sembra che le corde vocali abbiano un centro corticale unico a sinistra in prossimità della regione motoria. Secondo New e Childrey ed altri le cosi dette paralisi laringee di origine organica o corticale dipenderebbero sempre da lesioni bulbari (paralisi bulbare progressiva, sifilide; paralisi bulbare a forma apoplettica, siringomielia, sclerosi a placche).

Di solito le paralisi delle vocali dipendono da lesioni periferiche del vago all'uscita del forame giugulare, del suo ramo laringeo superiore al collo, del ramo laringeo ricorrente al collo e nel mediastino.

La stenosi mitralica può essere accompagnata da paralisi della laringe, specie della corda vocale sinistra. Il meccanismo di tale fatto non è ancora bene assodato. Si può trattare di compressione del ricorrente sinistro tra l'arteria pulmonare sinistra dilatata e l'aorta, da compressione del ventricolo sinistro ipertrofico, dalla trazione esercitata sul nervo dall'arco dell'aorta spostato in basso in seguito all'ipertrofia del cuore, dalla trazione esercitata sul nervo dal pulmone spostato in seguito all'ipertrofia del ventricolo sinistro, o si può trattare anche di una neurite quando esistono fatti infiammatori nel pericardio o nel mediastino.

La paralisi delle corde vocali può seguire ad operazioni chirurgiche o a traumi accidentali esterni.

Se ne sono verificati casi di intervento specie sulla tiroide, sulla trachea e sull'esofago.

La paralisi può seguire a traumi del collo anche senza lesione di continuo dei tessuti molli.

Nei processi tubercolari dei polmoni o del mediastino si può avere paralisi del ricorrente per compressione diretta da parte del processo specifico o in conseguenza di versamento pleurico, atelettasia, o di aderenze, le quali ultime possono imbrigliare e strozzare il nervo.

Le forme tossiche e tossinfettive si possono avere negli avvelenamenti da piombo, da arsenico, da alcool, da atropina, e rispettivamente nella difterite, nell'influenza e nel tifo.

È noto che l'ingrossamento della tiroide di qualunque natura può determinare la paralisi della corda vocale dal lato dove avviene la compressione.

L'aneurisma dell'aorta produce paralisi solo del ricorrente di sinistra; la paralisi del ricorrente destro indica una lesione del tronco

innominato o della succlavia. Ma non mancano casi nei quali il solo aneurisma dell'aorta ha provocato una paralisi bilaterale.

Infine l'affezione può complicare i tumori del mediastino e lesioni di varia natura della regione del collo (tumori, ascessi, flemmoni, ecc.).

Nelle paralisi unilaterali il solo sintoma è la raucedine, ma talvolta non si ha alcuna alterazione della voce perchè la corda vocale integra compensa perfettamente quella paralizzata. In alcuni casi si ha tosse e dispnea eventualmente come manifestazioni della malattia primitiva del torace.

Nelle forme bilaterali si ha di regola raucedine o afonia, e la dispnea può essere un sintoma allarmante specie quando le corde assumono la posizione mediana. Nella posizione cadaverica si può verificare la penetrazione di corpi estranei nella trachea.

La diagnosi si basa sulla laringoscopia che mette in evidenza l'immobilità della corda vocale. Ma conviene tenere presente che questa immobilità oltre che da paralisi di origine nervosa può essere prodotta da lesioni della corda stessa o delle parti vicine (tubercolosi, sifilide, cancro) o da fissazione dell'articolazione cricoaritnoidea (reumatismo, gotta, sifilide).

La paralisi delle corde vocali deve essere considerata un sintoma di non lieve significato perchè in genere è prodotta da malattie gravi. Si può aspettare il completo ritorno della funzione nelle forme tossiche, ed in quelle legate a malattie curabili.

Il trattamento si basa essenzialmente sulla cura dell'affezione causale.

Nelle forme incurabili è stata tentata l'anastomosi del ricorrente con altri nervi motori con risultati incerti.

Quando la dispnea diventa allarmante si deve ricorrere alla tracheotomia, ed all'alimentazione con la sonda nasale quando la posizione cadaverica delle corde permette il passaggio di corpi estranei nella trachea.

Dr.

INFORTUNI.

Infortuni da elettricità.

(S. Diez. *Quaderni dell'Assisi. Sociale*, n. 11, 1938).

La sempre maggiore diffusione dell'uso della corrente elettrica, non solo per uso industriale ma anche per uso privato, rendono molto interessante anche per il medico pratico questa esauriente monografia sugli infortuni da elettricità.

L'A., dopo avere accennato agli infortuni da elettricità atmosferica nei riguardi dei quali passa in rassegna le condizioni, connesse col lavoro, che possono aggravare il rischio d'essere colpiti dalla folgore, gli effetti di questa, diretti ed indiretti, sul corpo umano e i criteri medico-legali per accertare la morte da folgorazione, si intrattiene con maggiore ampiezza sugli infortuni da corrente industriale.

L'azione patologica esercitata dalla corrente elettrica nell'attraversare un corpo animale si estrinseca essenzialmente con una azione calorica o effetto Joule e con un'azione elettrochimica ed elettro-magnetica, ma diversi fattori possono concorrere a rendere una corrente più o meno pericolosa. Tali fattori sono: 1) l'intensità (amperaggio): quanto maggiore è essa, tanto più pericolosa è la corrente; 2) la tensione (voltaggio): a parità di resistenza a tensioni più alte corrisponde maggiore intensità della corrente e quindi maggiore pericolosità di essa; 3) la resistenza: quanto maggiore è questa tanto minore è l'intensità della corrente e quindi la sua pericolosità; influiscono sulla resistenza lo stato delle superfici di contatto, la loro estensione e le condizioni atmosferiche; 4) la durata del contatto: quanto più il contatto si prolunga tanto più gravi sono le conseguenze che una data corrente può causare; 5) il punto di applicazione della corrente e regioni del corpo attraversate: gli organi che più interessano nei riguardi della pericolosità sono il cervello, il bulbo ed il cuore; 6) modalità di contatto: il contatto monopolare è meno pericoloso di quello bipolare; 7) natura della corrente: le correnti alternate hanno una pericolosità tre volte maggiore di quelle continue; 8) resistenza e recettività individuale alla corrente: è influenzata da stati fisiologici (per es. il sonno diminuisce la recettività) e da stati patologici (l'alcoolismo, il Basedow aumentano la recettività, che è invece diminuita nell'epilessia e nell'isteria); da molti autori, essendosi riscontrato nei morti da corrente elettrica un timo grosso, si è parlato di costituzione timolinfatica. Cazzaniga però, osservando che la cosiddetta ipertrofia del timo si riscontra in genere in tutti i decessi rapidi, salvo che si tratti di soggetti di età avanzata, pensa che la persistenza del timo non sia un fatto anormale ma fisiologico. Il timo sarebbe un organo sensibilissimo ai disturbi generali dell'organismo: quando questo ammala, anche per pochi giorni, si avrebbe una rapida e cospicua riduzione della ghiandola, donde il comune referto di timo ridotto nelle autopsie, indice non di normalità della ghiandola ma di stato patologico di essa.

L'effetto patologico più grave prodotto dalla corrente elettrica è la morte diretta, a spiegare la quale si contendono il campo due teorie: quella asfittica e quella cardiaca. La teoria asfittica spiega la morte come dovuta a paralisi o a stupore del centro bulbare respiratorio; la teoria cardiaca ammette un arresto primitivo del cuore per fibrillazione ventricolare.

L'A. passa poi in rivista tutti i sintomi che si constatano come effetti patologici prodotti

dalla corrente elettrica nei casi in cui non si verifica la morte, richiamando particolarmente l'attenzione su alterazioni caratteristiche prodotte dall'elettricità quali le ustioni da effetto Joule e i marchi da elettricità. Espone anche l'anatomia patologica.

Infine l'A. ricorda i criteri che debbono guidare il medico nella diagnosi medico-legale della morte da corrente elettrica e da contatto elettrico in genere e termina accennando ai soccorsi da apprestarsi negli infortuni da elettricità e alla prevenzione di essi.

F. TOSTI.

Su di un caso di intossicazione collettiva a bordo di un sommergibile.

(F. DORELLO. *Annali di Medicina Navale e Coloniale*, maggio-giugno 1938-XVI).

Un sommergibile in crociera estiva dovette rientrare alla base a causa di una forma di intossicazione che aveva colpito il 70 % del personale imbarcato. Il modo di insorgenza dei disturbi era stato identico per tutti i colpiti. Senza causa apparente compariva un malessere generale, cefalea, capogiri, offuscamenti visivi e poi vomito ostinato. Lentamente sopraggiungeva prostrazione generale e debolezza specie agli arti inferiori. Il bisogno di dormire era imperioso ed anche durante la veglia vi era torpore intellettuale. Allo arrivo del sommergibile alla base, i colpiti presentavano i seguenti dati obiettivi patologici: espressione ebetiforme o profondamente assonnata, stato generale di abbattimento, sguardo inespressivo, cute del viso colorita, madida di sudore, mucose biancastre leggermente cianotiche, secche; lingua patinosa, retrobocca iperemico, alito cattivo; conati di vomito frequenti, singhiozzo spasmodico. Azione cardiaca frequente con polso molle. Riflessi pupillari pigri; riflessi profondi e superficiali torpidi; lievi fenomeni paretici agli arti inferiori; ipotonia muscolare generale marcata. In due casi vi era afonia ed inceppamento della parola; in parecchi ipoacusia e diminuzione della acutezza visiva con fosfeni. Comune a quasi tutti era l'ottundimento sensoriale ed il torpore intellettuale. Ricoverati in Ospedale i casi più leggermente colpiti guarirono in 3-4 giorni, mentre i più gravi richiesero più tempo e presentarono ad intervalli delle riacutizzazioni della sintomatologia.

Le prime indagini nel sommergibile furono fatte dopo un intervallo di tempo notevole dal momento in cui l'incidente ebbe luogo e perciò si presentarono assai difficoltose. Esclusa a priori l'ipotesi di un avvelenamento di origine alimentare (quadro clinico, decorso della affezione, analisi praticate sui viveri e sull'acqua), si ritenne l'intossicazione di origine aerogena, avvenuta cioè per via inalatoria. Si potettero scartare la anossiemia e così pure l'accumulo di anidride carbonica, il cloro, l'anidride solforosa, l'idrogeno arsenicale, l'acido cianidrico ed il cloruro di metile, gas questi tutti che si possono accidentalmente formare in concentrazioni tossiche nell'interno di un sommergibile. Le ricerche però dettero risultati positivi per l'ossido di carbonio.

Il sangue venoso prelevato da alcuni degli infortunati aveva un colore tendente al rosso ciliegia e dette allo esame chimico e spettroscopico un reperto nettamente positivo per la presenza dell'ossido di carbonio. Ugualmente risultati positivi per tale gas dettero le analisi dell'aria contenuta nel sommergibile al suo arrivo. Effettivamente il quadro sintomatologico presentato dagli infortunati concordava con le descrizioni contenute nei testi classici circa l'avvelenamento per ossido di carbonio. Considerando però la grande tossicità di questo gas e la lunga permanenza del personale nell'ambiente tossico, si dedusse che le concentrazioni formatesi nell'interno del sommergibile dovevano essere relativamente piccole. Esse però agirono nel tempo con effetto cumolativo e produssero ugualmente effetti tossici notevoli. Inoltre alcuni dati e sintomi riscontrati fecero concludere che anche altra sostanza tossica avesse agito. Con tutta probabilità si trattò di idrocarburi non saturi provenienti dalla combustione degli oli lubrificanti.

L'A. si domanda ora quale sia stata l'origine dei gas che intossicarono l'equipaggio del sommergibile. Esclusa la produzione di ossido di carbonio per decomposizione di cloruro di metile, egli afferma che l'unica possibile sorgente di tali gas tossici a bordo di un sommergibile è rappresentata dai motori termici Diesel che funzionano a nafta. È più difficile stabilire per quale causa e quale via i gas si siano diffusi nel sommergibile. L'ipotesi più attendibile è l'esistenza di perdite di carattere occasionale, da parte dei motori termici, piccole perdite di percezione ed identificazione difficile. Esse però furono la sorgente costante dei gas tossici, che favoriti dalle loro proprietà e dalla particolare configurazione degli ambienti, ebbero modo di diffondersi ovunque con le descritte conseguenze.

VICENTINI.

DIVAGAZIONI

Tipi psichici.

È di comune osservazione il fatto che ogni uomo ha caratteristiche somatiche che lo distingue da un altro uomo. Si può parlare di somiglianza mai d'identità: ogni individuo ha qualche cosa che lo differenzia dal suo simile. Tuttavia si è cercato di sorprendere alcune note comuni per costituire speciali gruppi, di rilevare attributi affini per definire tipi particolari.

Tentativi analoghi sono stati fatti per raggruppare i caratteri psichici. Sono ben note le classificazioni fatte fin dall'antichità, classificazioni che tenevano conto sia delle modificazioni psichiche che di quelle somatiche. Ippocrate raggruppò gli uomini in quattro classi: malinconici, sanguigni, collerici, flemmatici. Ciascuno di questi temperamenti dipendeva dalla prevalenza di uno di quattro succhi vitali dell'organismo: la bile nera, il sangue, la bile gialla, il flegma.

Una tale classificazione non poteva resistere, e non resistette alla critica scientifica. Aveva solo grossolani ed ipotetici rapporti con i fatti. L'antropologia, la fisiologia e la clinica ne hanno fatto giustizia, creando tipi somatici e psichici più aderenti alla realtà.

Révész (*Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi*, 15 dicembre 1938), sulle basi della propria esperienza e delle attuali conoscenze in materia di biopsicotipologia presenta una nuova classificazione di tipi psichici: Manoidi, Malinconoidi, Ciclici, Equilibrati, Irritabili, Paranoidi, Ipocondroidi, Isteoridi, Imbecilloidi, Antistoidi, Neurostenoidi.

Il concetto fondamentale di tale classificazione è basato sul fatto che gli individui normali presentano accennati, a mo' di tendenza i disturbi che costituiscono l'elemento fondamentale delle grandi sindromi psicopatologiche.

Per la psiche più che per il soma il confine tra normale e anormale, tra malattia e sanità non è netto. La psicopatia costituisce la accentuazione, l'esagerazione, l'ipertrofia di tendenze affettive ed intellettive che dànno forme al temperamento, al carattere, all'intelletto. Dallo stato normale, che costituisce l'equilibrio della mente e la regolarità del comportamento, si passa per gradi a condizioni sempre più anormali fino a varcare il confine della patologia. Le forme più gravi di queste accentuazioni delle tendenze sentimentali ed intellettive rendono gli individui antisociali e ne rendono necessario l'isolamento.

Ma fuori degli istituti psichiatrici vivono un gran numero d'individui, che pur riuscendo a mantenere nell'ambiente sociale rapporti più o meno corretti, hanno manifestazioni che ricordano i disturbi dei veri alienati. Tra il comportamento di questi individui e quello dei psicopatici conclamati la differenza non è sostanziale e qualititiva, ma solo formale e quantitativa.

Un tale modo di vedere corrisponde alla opinione comune che non tutti i folli sono ricoverati in manicomio. E spiega, d'altra parte, come sotto l'azione di fattori esterni ed interni e specialmente emotivi, quest'individui alle soglie della normalità la varcano più o meno improvvisamente per passare nel numero dei psicopatici riconosciuti.

Il Révész, dopo avere esposto tali concetti, così definisce i suoi tipi:

1. I *manoidi* sono individui con umore sempre gaio, pensiero rapido, parola celere. La loro mimica, i loro gesti esprimono la vivacità del loro spirito. Si muovono molto, hanno gesti ampi, significativi: ridono facilmente, sono propensi alla canzonatura, alle freddure, ai giuochi di parole, anche se scipiti e senza senso. Specie le donne vestono in modo bizzarro e vistoso, talora senza gusto. Sono ottimisti impenitenti. Lavorano molto e facilmente, si prestano volentieri a lavorare per gli altri, ma in genere non portano a compimento nulla di concreto per la loro superficialità, distraibilità e tendenza a cambiare lavoro. Sono intemperanti nell'uso delle bevande alcooliche e nell'amore. Le ragazze manoidi anche se bene educate e morali, si lasciano sedurre per faciloneria, e per condiscendenza.

Kretschmer distingue due tipi di manoidi: alcuni sono espansivi, esuberanti, gesticolano abbondantemente e parlano molto e ad alta voce; altri sono tranquilli, gai, contenti di sè e di tutto.

Si possono classificare tra i manoidi: Rabelais, Haendel, Rossini, Madama di Stael.

2. I *malinconoidi* sono austeri, misurati, pessimisti, poco espansivi. Vedono tutto dal lato serio. Parlano piano e poco, sono compassati, misurati nei gesti. Sono sarcastici, diffidenti, ipercritici. Prevedono sempre il peggio ed hanno tendenza a cogliere della vita tutto ciò che ha di doloroso e di cattivo.

Erano malinconoidi Michelangelo, Molière, Leopardi, Tolstoi, Schopenhauer.

3. I *cicloidi* hanno alternative di fasi manoidi e malinconoidi con le caratteristiche su accennate. Questi tipi hanno di particolare che nel periodo manoide sono animati da entusiasmo per tutto e lavorano con zelo e senza fatica, mentre nel periodo malinconoide lavorano poco e senza interesse.

Cicloidi furono Goethe e Mozart.

4. Gli *equilibrati* non sono nè manoidi, nè malinconoidi. Hanno un tono sentimentale sempre uguale, hanno una perfetta pa-

dronanza di sè stessi, non sono nè troppo egoisti nè troppo altruisti.

A questo gruppo appartengono Leonardo, Kant, Rubens, Victor Hugo.

5. *Irritabili* sono quelli comunemente designati come « nervosi ». Reagiscono facilmente, rapidamente, inadeguatamente a qualsiasi eccitazione o influenza esterna. Il più classico tipo di questo genere fu Napoleone.

6. I *paranoidi* sono caratterizzati dall'ipertrofia del proprio « io ». Hanno smisurata la vanità, la presunzione, l'arroganza, la sicurezza delle proprie opinioni che cercano imporre agli altri. La storia è ricca di questi tipi che talvolta hanno effettivamente influito sul destino delle nazioni e dell'umanità.

7. Gli *ipocondroidi* si occupano quasi sempre delle loro condizioni fisiche. Osessionati dalla paura delle malattie e della morte si osservano, pronti a rilevare il minimo squilibrio del loro stato e a dare eccessivo valore ad ogni perturbamento della loro cenestesi, che in effetti è talvolta alterata dando così incentivo alle loro preoccupazioni.

8. Gli *isteroidi* presentano in forma abbozzata la mentalità dell'isterico: abulia, tendenza alla bugia, a rendersi interessanti ed a sfuggire alle situazioni difficili con la simulazione di disturbi o di malattie. Questo tipo si mette in evidenza soprattutto in occasione di sinistri o di cataclismi, mentre in condizioni ordinarie rimangono nel dietroscena della vita quotidiana. Possono comunque creare situazioni imbarazzanti nell'ambiente in cui vivono.

9. Gli *imbecilloidi*, senza raggiungere il confine della deficienza mentale, sono individui con intelligenza inferiore al livello medio. Se ne trovano in tutte le categorie sociali. E la storia registra numerosi casi di imperatori e di re, con intelligenze assolutamente inadeguate ai compiti cui devono assolvere e anche a quelli della vita abituale dei loro soggetti. In rapporto alla loro posizione riuscirono nefasti ai loro popoli.

10. Gli *autistoidi* sono individui tranquilli, riservati, ombrosi con accenni della mentalità degli schizofrenici. Si creano un mondo interiore e solo di rado prendono contatto con gli altri uomini.

11. I *neurastenoidi* reagiscono facilmente ed inadeguatamente alle impressioni dell'ambiente e in conseguenza si esauriscono rapidamente. Anche se dotati di alta intelligenza non riescono a sfruttarla convenientemente. Sono impediti all'azione da ogni sorta d'impedimenti e di rimozioni. Tuttavia sono capaci, in determinate situazioni ed in rapporto a determinate persone, di presentare una grande resistenza al lavoro.

Le caratteristiche fondamentali di tali tipi psichici non sempre sono esclusive nei singoli individui. Possono trovarsi variamente combinati in modo da costituire differentissimi psicobiotipi umani. Ciò dà ragione del fatto che gli uomini, pure avendo qualità simili, sono contemporaneamente così dissimili. La vita è varia perchè in ogni ambiente sociale si trovano individui di diversissime mentalità e che in particolari contingenze reagiscono in modo diverso.

argo.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

(Seduta dell'11 febbraio 1939).

Qualche rilievo pratico derivante dai dati statistici sulla frequenza dell'amebiasi nel settorarato di Catania.

R. REITANO e A. LANZA. — L'amebiasi nel settorato di Catania si presenta dell'1,8 % dei casi; nel 2,28 % calcolando anche i casi incerti: lattanti, nati morti, prematuri esclusi.

Si pone in rilievo che al tavolo anatomico l'affezione appare più di raro di quanto non la si diagnostichi clinicamente.

Presentazione di un caso di tumore del midollo operato e guarito dopo lungo periodo di paralisi.

Prof. DOGLIOTTI. — L'O. illustra un caso di tumore endorachideo extramidollare (neurinoma) asportato in una signora di 40 a. che da un anno presentava una netta paraparesi spastica e che da 45 giorni era costretta a letto con paralisi spastica totale dalla linea mammaria in giù, anestesia totale a tutti gli stimoli, perdita di urine completa.

Inoltre da 40 giorni era insorta cistopielite con febbre che giornalmente superava i 40°. Il tumore era situato all'altezza della 4ª vertebra dorsale.

L'operata che l'O. presenta, ha riacquistato del tutto la sensibilità, cammina liberamente pur presentando ancora iperriflessia tendinea, è in ottima salute e da 4 mesi è incinta, senza più alcun disturbo riferibile alla sindrome midollare.

Seguono alcune considerazioni diagnostiche e terapeutiche.

La costituzione istochimica dei corpi sferoidali nelle "aree di Gamna,,

G. DE GAETANI. — I corpi sferoidali nei noduli di Gamna risultano di un substrato albuminoideo e di una sostanza del gruppo ematoidina bilirubina.

Innesti ossei nella tubercolosi vertebrale cervicale.

G. C. PARENTI. — Viene data comunicazione di un particolare metodo operatorio in un caso di morbo di Pott cervicale.

La peculiarità di questo intervento consiste nel fatto che l'artrodesi anzichè essere praticata come di norma nella parte posteriore apofisaria delle vertebre è stata eseguita nella parte antero-laterale del corpo vertebrale mediante due stecche ossee crociate; di cui la trasversale direttamente sul focolaio carioso della terza vertebra cervicale e l'altra stecca longitudinale sui corpi della seconda, terza e quarta cervicale.

A circa un anno di distanza dall'intervento i risultati ottenuti possono essere considerati veramente buoni e tali da incoraggiare a questo intervento nei casi di morbo di Pott cervicale.

Il Segretario: prof. G. B. COTTINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Costituzione e tubercolosi.

Rispondendo ad un lavoro di Kutchera, K. Klare (*Wiener Klin. Wochenschr.*, 18 novembre 1938) insiste sull'importanza che per lo sviluppo e per il decorso dell'infezione tubercolare ha la costituzione. La costituzione va giudicata più che dal punto di vista anatomico, dal punto di vista fisiologico.

La costituzione fisiologica ha una importanza decisiva sia per i processi vitali normali che per lo sviluppo e il decorso di malattie. Dati anamnestici permettono di determinare se esista una costituzione essudativa-linfatica, che l'autore chiama anche « costituzione irritabile ». Individui di simile costituzione hanno sofferto di frequenti infezioni banali (raffreddori, faringiti, bronchiti, ecc.), essi tendono a infiammazioni della pelle (eczema), alla febbre, all'orticaria, all'asma, alle otiti, alle congiuntiviti, ecc. L'esame obbiettivo dimostra, in seguito alla aumentata reazione degli organi linfatici agli stimoli, tonsille ingrossate o anfrattuose e tumefazioni glandulari. La cute è delicata, chiara, rosea. La reazione alla tubercolina, se positiva è molto intensa: espressione questa di un'aumentata funzione cutanea e non di allergia notevole. Negli individui a carattere costituzionale opposto a questo si nota una diminuita reazione agli stimoli: molto spesso questi individui affermano di non essere mai stati ammalati. Gli individui affetti da costituzione irritabile, specialmente quando questa si manifesta col quadro del linfatismo sono quelli che meglio si difendono contro l'infezione tubercolare. Esposti a ripetute reinfezioni i bambini linfatici possono ammalare di tubercolosi, ma essi tendono alla guarigione molto più di quelli che appartengono al tipo costituzionale non linfatico.

In una replica, Kutchera sostiene che più che la costituzione ha importanza per la morbilità o mortalità per tubercolosi l'ambiente in cui gli individui vivono. Così si sarebbe constatato nelle suore di un convento una mortalità per tubercolosi 5 volte maggiore di quella della popolazione, che egli afferma « costituzionalmente eguale » che viveva fuori dal convento. P.

Il metodo Gilbert nella cura della tubercolosi delle grandi sierose.

N. Amagliani (*Pediatria del med. prat.*, ottobre 1938) ha curato con questo metodo 10 bambini dai 3 ai 10 anni con pleurite siero-fibrinosa: in 2 di essi, vi era tub. polm. nel gentilizio: in tutti, Mantoux positiva.

Per la cura si è estratta una certa quantità di liquido pleurico a cui si è aggiunto fenolo a 0,5 %. Se ne iniettavano sotto cute 2 volte la settimana 2-10 cmc. Associazione di cura igienico-alimentare e talvolta anche medicamentosa. In tutti, guarigione entro 10-20 giorni: soltanto uno, in cui la pleurite datava da molto tempo, guarigione in 40ª giornata.

L'A. conclude che questo metodo appare la cura migliore e più rapida della pleurite siero-fibrinosa. *fil.*

Contributo alla costituzione chimica ed alla patogenesi delle pleuriti non tubercolari dei cirrotici.

Molte volte, nel corso di cirrosi ascitiche, compare un versamento pleurico del quale, con le culture e con l'inoculazione nella cavia, si può escludere la natura tubercolare. Si tratta allora di un essudato o di un trasudato? N. Fiessinger e M. Goffart (*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, settembre-ottobre 1938) si sono appunto occupati di questo problema in dieci casi capitali alla loro osservazione e nei quali hanno praticato tutte le necessarie ricerche chimiche. La scarsa densità proteica, la scarsa densità in fibrina, la densità in cloro e il tasso di colesterolo hanno mostrato l'analogia esistente tra i caratteri chimici di tali liquidi pleurici e quelli del liquido ascitico. Ma se per spiegare l'ascite si può invocare la trasudazione per azione di un fattore meccanico dovuto all'ipertensione portale, ciò non si può fare per i versamenti pleurici, giacchè non v'è nessuna ragione di ipertensione nella circolazione polmonare. Ecco perchè in tali casi per spiegare la patogenesi del versamento occorre invocare quelle stesse alterazioni della crasi sanguigna che servono a spiegare la facilità con cui gli epatici vanno incontro ad edemi nelle varie parti del corpo e, oltre ad esse la meiopragia capillare che si stabilisce negli epatopazienti. F. TOSTI.

Pasteurella nello sputo di un paziente con bronchite cronica purulenta.

Molto raramente vengono trovate nell'uomo pasteurelle del tipo pasteurella avicida, strettamente affini al batterio della setticemia emorragica di molti animali domestici. Una pasteurella di tale tipo è stata isolata, costantemente durante 5 anni di osservazione, da J. Mulder (*Acta Med. Scandin.*, n. 3-4, 1938). La paziente, una ragazza quindicenne, soffriva di tosse con sputo purulento fin dall'età di 4 anni, in conseguenza di pertosse. Stato generale buono. Segni clinici di bronchite cronica al lobo inferiore sinistro, dove il riempimento con lipiodol mette in evidenza piccole bronchiettasie.

Nei preparati di sputo, numerosi cocco-bacilli gram-negativi; nelle culture su Lewnin-

thal-agar lo stesso germe, che iniettato nelle vene di un coniglio lo uccide in 24 ore dando batteriemia spiccata, alterazioni emorragiche dei polmoni e talvolta anche versamenti purulenti nelle cavità sierose.

Poichè i conigli vanno soggetti ad infezioni spontanee da pasteurella, per eliminare ogni possibilità di errore è stato preparato un siero agglutinante col ceppo iniettato: questo siero agglutinava ad alto titolo i germi isolati dagli animali infettati, mentre non agglutinava un ceppo di pasteurella avicida. Nelle culture i batteri non si sviluppano sopra i 42°, muoiono dopo 10 minuti a 56°: essi non sono acidoresistenti, non formano gas su terreni zuccherati, non coagulano il latte, formano molto indolo, riducono fortemente il bleu di metilene, dànno una forte reazione di catalasi.

P.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA.

La diagnosi di echinococco alveolare (echinococco ad accrescimento infiltrante).

Si tratterebbe di una forma morbosa non eccessivamente rara, sebbene per lo più misconosciuta.

Il decorso è per lo più il seguente: un malato consulta il medico per disturbi vaghi nell'ambito dell'addome superiore, in forma di dolori a carattere pressorio nella zona epatica o gastrica, spesso in rapporto con l'ingestione di cibo. Il medico trova allora, in genere, un fegato ingrossato, duro e bernoccoluto alla palpazione, sì da far pensare ad un neoplasma maligno, specie se concomita un dimagramento generale.

Le ricerche di laboratorio apportano, in simili casi, scarso ausilio. Poichè tuttavia nei tessuti invasi dall'echinococco infiltrante si hanno spesso deposizioni calcaree, la radiografia della regione malata potrà fornire delle immagini caratteristiche.

La diagnosi di tale forma morbosa si baserà dunque essenzialmente sulla ricerca radiologica.

In poco più di 4 anni, H. Friedrich (*Med. Klin.*, 16 settembre 1938) ha riunito 10 casi dell'affezione, tutti controllati istologicamente.

M. Faberi.

MEDICINA PREVENTIVA

Ricambio nello smalto dentario e profilassi delle carie.

È molto importante sapere se nello smalto dei denti a completato sviluppo esista un ricambio interno, se vi si compia ancora una deposizione di sali di calcio e di fosforo e se questa mineralizzazione possa venire influenzata terapeuticamente allo scopo di prevenire la carie. Ricerche per chiarire la questione sono state compiute da I. Jundell, R. Hanson e T. Sandberg (*Acta Paediatr.*, n. 2, 1939), su bambini intorno ai 12-13 anni, ricoverati, principalmente per tubercolosi ossea, in un sanatorio marino. Di questi, 118 vennero sottoposti a trattamenti antirachitici (olio di fegato di merluzzo, 3 cucchiaini da dessert al giorno, o irradiazioni ultraviolette di durata crescente da 3 a 10 minuti, o irradiazione Finsen 1/2 ora al giorno: periodi alternati di 14 giorni di cura vitaminica e attinica), 44 servirono da controlli. Durante il periodo di cura, da metà ottobre a fine marzo, i bambini dei due gruppi non furono sottoposti ad alcuna cura dentaria. Non si osservò nei due gruppi alcuna considerevole differenza nello sviluppo della carie dentaria: si deve quindi concludere da queste ricerche che le cure antirachitiche non riescono a combattere efficacemente la carie, per lo meno nei denti a compiuto sviluppo della corona. È da notarsi che nei malati di tubercolosi ossea che migliorano o guariscono durante la cura sanatoriale si può sempre dimostrare una deposizione di sali di calcio nelle ossa: il mancato effetto terapeutico antirachitico sulla calcificazione dei denti non si può quindi in alcun modo attribuire ad una deficienza di sali di calcio e di fosforo.

P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il tasso di vitamina A del sangue nelle malattie di fegato.

Secondo le ricerche di F. Lasch (*Klin. Woch.*, 6 agosto 1938), risulterebbe che nelle affezioni parenchimatose del fegato (cirrosi, ittero catarrale), decorrenti con o senza ittero, il tasso di vitamina A del siero è sensibilmente diminuito; mentrechè nei casi d'ittero da occlusione (calcolosa, neoplastica), il tasso è normale.

Tale reperto potrebbe dunque trovare la sua pratica applicazione nella diagnosi differenziale di ambedue i quadri morbosi.

M. Faberi.

VARIA

L'imposta sull'urina.

I vespasiani hanno un'origine fiscale. Vespasiano per riempire le casse dell'impero minacciate dal vuoto, escogitò vari mezzi idonei a spremere danaro dal pubblico, e tra l'altro pensò a far costruire degli orinatoi pubblici che potevano essere frequentati solo mediante il pagamento di un obolo.

Svetonio racconta che Tito trovò l'espediente poco decoroso e ne fece rimostranze a Vespasiano. Questi avrebbe fatto annusare il primo danaro raccolto dall'imposta al giovane Tito, il quale avrebbe dichiarato di non sentire nessun odore. A che Vespasiano avrebbe esclamato: « Eppure proviene dall'urina ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi delle malattie infettive.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica), ha diramato ai Prefetti e al Governatore di Roma, la seguente circolare n. 37, in data 7 febbraio 1938-XVII:

Durante il 1938 si è avuta una diminuzione dell'indice di mortalità generale ed un abbassamento del quoziente di morbilità di talune malattie infettive.

Questo confortevole risultato dovendosi interpretare come il frutto di una crescente azione coordinata fra gli organi preposti alla profilassi ed all'assistenza, dà motivo di compiacimento ed incoraggia a fare tutto il possibile per conseguire un ulteriore progresso in così delicato settore della vita della Nazione.

Il Ministero richiama il personale interessamento delle EE. VV. per ottenere dai dipendenti uffici sanitari la rigorosa osservanza di quanto segue:

1) La denuncia delle malattie diffusive per servire ai fini profilattici deve essere fatta d'urgenza, particolarmente al primo caso, anche se solo sospetto.

2) Anche in attesa di completare l'osservazione clinica o le indagini per la diagnosi sicura, si deve provvedere subito all'idoneo isolamento dell'infermo o degli infermi, preferibilmente in adatti Istituti di cura. In confronto di certe malattie, come ad esempio il morbillo, la pertosse, la parotite, ecc., occorre isolare prontamente i primissimi malati anche sospetti. I medici curanti devono essere stimolati a ritenere come un loro preciso dovere non solo di curare i malati, ma di insegnare ai familiari le regole per la razionale assistenza e profilassi, e di sorvegliare a che esse siano applicate.

3) I medici devono essere invitati a fare molto frequentemente e prontamente ricorso alle prove di laboratorio. È grande torto che ancor oggi, pur disponendosi in ogni provincia di ben attrezzati Laboratori provinciali d'igiene e profilassi, le ricerche di laboratorio per la diagnosi pronta, vengano di frequente trascurate. È questo un altro mezzo già a disposizione e che, meglio impiegato, aiuterebbe ad avere migliore successo nella lotta contro le malattie diffusive.

4) La immediata e rapida indagine epidemiologica sull'origine di una manifestazione a carattere diffusivo, è l'unica maniera per poter giudicare il mezzo idoneo per estinguere la causa, prima che si diffonda.

5) Ricercare in base ai dati forniti dall'inchiesta i portatori, avvalendosi anche per questo della cooperazione delle sezioni micrografiche. È di importanza fondamentale vigilarli o mantenerli in osservazione, con particolare riguardo ai mestieri da loro esercitati.

6) Tenere in contumacia i conviventi, specie se hanno contatti con le collettività infantili (asili e scuole), tenendo presenti i criteri di massima, che si riassumono nell'unito prospetto per opportuna norma, ed il Regolamento 9 ottobre 1921, n. 1981, per la difesa dalle malattie infettive nelle scuole e relative istruzioni di questa Direzione, è di grande importanza ed evita la chiusura delle scuole (come troppo spesso si fa, con dubbio beneficio).

7) Le disinfezioni sono utili solo quando si fanno tempestivamente, e sono efficaci e non costano molto se si eseguono con i mezzi che questo Ministero ha fornito ai Laboratori d'igiene e profilassi di ogni provincia. Con la Circolare n. 162 del 10 dicembre u. s. il Ministero ha insistito perchè presso ogni Laboratorio d'igiene e profilassi si istituisse una sessione profilattica.

8) Quando si manifesta un caso di febbre tifoide, oltre ad isolare subito l'ammalato, occorre praticare subito le vaccinazioni specifiche ai coabitanti, ai coinquilini ed a quelli che comunque hanno rapporti o scambi col malato, oltre alla vigilanza sull'acqua, fognature, ecc.; anche nei casi di difterite e di pertosse occorre fare più largo impiego della vaccino-profilassi nei bambini al disotto di dieci anni, ricordando che per la difterite, per quelli che si sospettano già contagiati, si può, simultaneamente alla anatossivaccinazione, eseguire il trattamento sieroprofilattico.

9) La Direzione sanitaria degli Ospedali deve maggiormente vigilare sull'accettazione e sulla distribuzione dei malati nei vari reparti e sale di degenza, al fine di evitare con la promiscuità dei malati la trasmisione di contagi. Particolare sorvegilanza deve poi essere posta per disciplinare con rigore la visita dei parenti, specie nei reparti ove sono ospitati malati infettivi.

Le VV. EE. vogliano svolgere continua e personale azione di stimolo e di persuasione su tutti quelli che possono concorrere ad attuare le norme sopraricordate e disporre che nei rapporti a questo Ministero, circa la manifestazione di episodi infettivi, venga data notizia circostanziata dall'azione svolta.

Sarà gradito un cortese cenno di ricevuta e di assicurazione.

Alla circolare è allegato un prospetto, che riportiamo.

Periodo contumaciale per esigenze profilattiche:

Febbre tifoide e paratifoide: durata di allontanamento: per malattia, 40 giorni dopo la guarigione clinica; possibilità di *portatori guariti* anche dopo tale termine; per convivenza o contatto, 21 giorni, possibilità di forme attenuate, di *portatori sani*, di diffusione per alimenti e bevande infetti.

Dissenteria: durata di allontanamento: per malattia, 40 giorni dopo la guarigione clinica; possibilità di *portatori guariti* anche dopo tale termine, con particolare frequenza per la forma amebica; per convivenza o contatto, 8 giorni, possibilità di forme attenuate; di *portatori sani;* di diffusione per indumenti, bevande od alimenti infetti.

Vaiuolo o vaiuolide: per malattia, fino a perfetta guarigione clinica; per convivenza o contatto, 12 giorni, possibilità di forme attenuate (vaiuoloide); pericolo grave di diffusione mediante indumenti ed oggetti infettivi.

Varicella: per malattia, 15 giorni dalla guarigione clinica.

Morbillo: per malattia, 15 giorni dalla guarigione clinica; per convivenza o contatto, 10 giorni, possibilità di forme attenuate; di diffusione per indumenti infetti.

Scarlattina: per malattia, 40 giorni dopo la guarigione clinica. Rari casi di contagio anche dopo questo periodo; per convivenza o contatto, 7 giorni, frequenza di forme attenuate; pericolo grave di diffusione per indumenti ed oggetti infetti.

Difterite, croup, angina difterica: per malattia, 40 giorni dopo la guarigione clinica; possibilità di *portatori guariti* anche dopo tale termine; per convivenza o contatto, 7 giorni, possibilità di forme attenuate; di diffusione per indumenti, oggetti vari od alimenti infetti.

Meningite cerebro spinale epidemica: per malattia, 40 giorni dopo la guarigione clinica; possibilità di *portatori guariti* anche dopo tale termine; per convivenza o contatto, 23 giorni, possibilità di forme attenuate; di *portatori sani;* di diffusione a mezzo di indumenti di recente infettati.

Poliomielite anteriore acuta: per malattia, quattro settimane a partire dal momento in cui è scomparsa la febbre; per convivenza o contatto, 14 giorni se il paziente è stato ricoverato in ospedale; quattro settimane, se curato a domicilio; possibilità di diffusione anche con le deiezioni degli infermi e con gli oggetti da loro contaminati.

Pertosse (tosse convulsiva): per malattia, 21 giorni dopo la fine degli accessi convulsivi; per convivenza o contatto, 15 giorni dalla cessazione del contatto.

Influenza: per malattia, 15 giorni dopo la guarigione clinica.

Parotite: per malattia, 15 giorni dopo la guarigione clinica.

Osservazioni. Il periodo di contumacia dei guariti e dei portatori sani può subordinarsi al reperto degli esami di laboratorio quando è possibile e cioè farlo cessare dopo 3 esami consecutivi con risultati negativi.

Tali norme si debbono applicare con rigore specialmente a difesa delle collettività infantili e delle scuole.

Cronaca del movimento corporativo.

L'assistenza nel Sindacato medici.

Ai sensi dell'art. 4, ultimo comma, della legge 3 aprile 1926, n. 563, lo statuto della Cassa di assistenza del Sindacato nazionale dei medici fu riconosciuto giuridicamente con il R. D. 14 luglio 1937, n. 1484. Lo statuto comprende cinque titoli e cioè: costituzione e scopi; iscrizione e contributi; organi della Cassa; patrimonio sociale, amministrazione, bilanci; disposizioni generali.

Caratteristiche essenziali della Cassa sono che essa è strettamente legata con l'amministrazione del Sindacato nazionale e con gli organi tutori della Confederazione professionisti e dei Ministeri interessati: delle Corporazioni e degli Interni. Vi si possono iscrivere, come soci, tutti i rappresentati dei Sindacati fascisti dei medici (art. 3), e il Consiglio direttivo è scelto di preferenza tra i membri del Direttorio del Sindacato stesso (articolo 6).

La Cassa è amministrata gratuitamente e non prevede tasse o versamenti regolari da parte dei suoi iscritti: si era proposto un versamento di lire 30 per rappresentato, versamento che avrebbe assicurato un'entrata di oltre un milione all'anno; ma a tale quotazione non si è ancora giunti per non gravare gli aderenti alla Cassa di una spesa, sia pur esigua e necessarissima, oltre agli altri versamenti di natura professionale e sindacale. Il fondo della Cassa è stato costituito con somme rilasciate (art. 14) volontariamente dai medici stessi, oltre che attraverso gli utili della gestione della rivista di categoria, « Le Forze Sanitarie », o il versamento di metà dei diritti derivati dalla redazione dei certificati medici.

Su ogni certificato medico rilasciato (eccetto quelli per non abbienti o per iscritti a enti mutualistici e assistenziali) il professionista applica una marca equivalente al costo del certificato stesso: metà del costo di tale marca va alla Cassa. Con tale ingegnoso sistema non si tassa il cliente di nessun gravame speciale, e il medico rilascia, volentieri, metà del costo di un servizio che gli è stato già pagato, sotto forma di visita.

Durante il 1938, per le quaranta provincie in cui il sistema delle marche sui certificati funzionò in modo totalitario, si ebbe un gettito di lire 489.148,95. Nel corrente anno il sistema si va sempre più diffondendo, ma la direzione della Cassa sta pensando ad altri mezzi per assicurare ai medici, oltre che un'assistenza pronta e decisa, anche la possibilità d'intravedere l'avvicinarsi di una fase previdenziale, sia pure modesta e, certo, non imminente.

La Cassa dei medici al 31 dicembre-XVII possedeva un capitale di oltre un milione in contanti e tre milioni e mezzo in titoli. Nel 1938, i medici assistiti furono 554 e furono erogate somme per oltre 250 mila lire. Si tratta di cifre modeste, data la riluttanza dei professionisti a rivolgere istanza alla Cassa, se non in caso di estremo bisogno; ma tale nobilissimo sentimento non deve esser preso come termine di confronto per un giudizio che, altrimenti, non risulterebbe esatto.

La Cassa dei medici ha recentemente chiesto di mutare il suo nome in « Istituto nazionale di Assistenza » e si ripropone di poter aumentare il gettito dei suoi capitali attraverso cespiti continuativi, in modo non solo da poter venire incontro ai bisogni dei medici, ma anche di aiutare con borse di studio (art. 2) i figli dei medici bisognosi e realizzare, eventualmente, tutte le altre forme di assistenza fino a giungere a prestazioni « anche di carattere previdenziale ».

Tutto sta a che nell'Istituto nazionale di Assistenza dei medici pervengano dei contributi da parte degli interessati e dei terzi, tali da poter assicurare ai medici, oltre che un aiuto in caso di necessità, anche una qualsiasi forma di previdenza in caso di malattia o di vecchiaia. Certo è che va data lode agli organizzatori della Cassa dei medici, se, con mezzi così provvidenziali e con risultati così promettenti, sono riusciti a raccogliere dei fondi, senza gravare in alcun modo nè sul cliente, nè sul costo di alcun servizio.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Cagliari. *R. Prefettura.* — Concorsi a 14 condotte mediche; stipendi L. 8000-10.130 (in corso di destinaz. per Assemini) e 4 quinquenni dec.; per alcune condotte indenn. trasp. e indenn. uff. san. Scad. ore 12 del 29 aprile. Chiedere annunzi.

Genova. *Ospedali Civili.* — Assistente in radiologia e terapia fisica; stip. L. 4500; il concorso è riservato ai sanitari di sesso maschile; età limite

30 a.; titoli ed esami; tassa L. 50. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale di S. Martino). Scad. ore 17 dell'11 aprile.

REGGIO EMILIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico nel dispensario prov.; titoli ed esami; stip. L. 12.000 oltre indenn. serv. att. L. 2 mila; è consentito il libero eserc. Scad. ore 18 del 31 marzo. Chiedere annuzio. Rivolgersi alla Segreteria.

ROMA. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — Sei posti di medico nel ruolo del Servizio Sanitario; titoli ed esami; scad. ore 12 del 15 aprile. Non sono ammesse le donne e gli appartenenti alla razza ebraica. Età limite 35 a. Stip. L. 17.169,40 nette; eventuale aggiunta di famiglia. Per informazioni e per copie del bando di concorso rivolgersi alla Direz. generale (Servizio Personale, via Sallustiana 51, Roma).

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Il numero dei posti messi a concorso per medico provinciale aggiunto di seconda classe in prova nell'amministrazione della Sanità Pubblica, è elevato ad 8 e la scadenza è prorogata a tutto il 5 marzo.

ROMA. *Ministero della guerra.* — Con decreto 28 gennaio 1939, pubblicato sulla « Gazzetta Ufficiale » n. 38 del 15 febbraio, è indetto, nei ruoli degli ufficiali in servizio permanente effettivo, un concorso per titoli ed esami a 73 posti di tenente medico.

Le domande dei concorrenti, corredate di tutti i documenti prescritti, dovranno essere presentate, non oltre il 16 aprile p. v., al Comando del distretto militare cui sono effettivi, oppure, se in servizio militare, al Comando del Corpo od Ente dal quale dipendono, ovvero, in tutti gli altri casi, al Comando del distretto nella cui circoscrizione risiedono.

I concorrenti residenti all'estero hanno l'obbligo di presentare la domanda, nel termine suddetto, alla competente autorità diplomatica o consolare.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — Medico assistente presso l'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò; proroga al 15 marzo, ore 12.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Aiuto presso l'Istituto di anatomia patolog.; età limite 35 a. al 22 febbr.; titoli ed esami; assegno annuo lire 4800 non aumentabili; chiedere annunzio; tassa L. 50,20. Rivolgersi alla Segreteria.

Ufficiali medici in servizio nell'A. O. I.

Con Regio decreto 8 dic. 1938-XVII pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », agli ufficiali medici specialisti in congedo che, previo accertamento della loro specializzazione da parte dei competenti organi tecnici dei Ministeri della Guerra, della Marina e dell'Aeronautica secondo la Forza armata alla quale appartengono, ottengano entro il 30 giugno 1939-XVII, il richiamo in servizio per destinazione come tali nell'Africa Orientale Italiana, con obbligo di tre anni di effettiva permanenza, è concesso un premio di lire ventimila al netto delle riduzioni.

Il premio di cui sopra è pagabile in due rate: la prima dopo l'arrivo nella sede di servizio designata nell'Africa Orientale Italiana; la seconda al compimento del terzo anno di permanenza nell'Africa Orientale medesima.

La prima rata del premio deve essere restituita se, per ragioni disciplinari o in seguito a domanda non determinata da motivi di salute, venga disposto il rimpatrio prima del compimento di diciotto mesi di effettivo servizio nell'Africa Orientale Italiana. In caso di morte per cause di servizio prima del compimento del triennio di permanenza nell'Africa Orientale Italiana, la seconda rata del premio è dovuta per intero agli eredi dell'ufficiale.

Agli ufficiali anzidetti spetta la licenza ordinaria coloniale soltanto al compimento del triennio di servizio nell'Africa Orientale Italiana nella misura di giorni 180.

È data sanatoria per i provvedimenti adottati dal Ministero dell'Africa Italiana per il trattamento economico degli ufficiali medici specialisti richiamati dal congedo e destinati come tali nell'Africa Orientale Italiana anteriormente alla pubblicazione del presente decreto.

Borse di studio.

Borse di studio della Direz. Gen. San. Pubbl.

Il Ministro dell'Interno (Direz. Gen. San. Pubbl.) ha bandito un concorso per titoli, per il conferimento ai medici chirurghi di n. 12 borse di studio, per un tirocinio di addestramento nella lotta contro la tubercolosi e di n. 15 borse di studio, per un tirocinio di addestramento nella lotta contro i tumori maligni, della durata di mesi 3. L'ammontare di ciascuna borsa sarà di L. 6000 e di L. 3000 a seconda che il tirocinio verrà effettuato presso un istituto all'Estero ovvero presso un istituto del Regno.

Sono ammessi al concorso i cittadini italiani abilitati all'esercizio della medicina e chirurgia, i quali siano addetti a istituzioni e servizi contro la tubercolosi o il cancro o, comunque, dimostrino di possedere una speciale preparazione rispettivamente nelle materie anzidette. Le borse sono conferite ai primi graduati risultanti da due distinte graduatorie formulate dalle commissioni giudicatrici, di cui al decreto ministeriale 31 ottobre 1937-XVI sopra citato.

L'aspirante alla concessione di borsa di studio dovrà far pervenire al Ministero dell'Interno (Direz. Gen. San. Pubbl.) non oltre il 30 aprile 1939-XVII domanda in carta legale da L. 6 contenente la indicazione del domicilio e corredata dei documenti.

Il bando di concorso è pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 3 febbraio 1939-XVII.

Concorsi a premio.

Istituto Ortopedico Rizzoli.

È aperto il concorso al premio « Umberto I », di L. 3500; verrà assegnato, secondo il deliberato del Consiglio Provinciale di Bologna, « alla migliore opera od invenzione ortopedica ». Al concorso possono prendere parte medici italiani e stranieri. Le modalità del concorso e dell'assegnazione del premio sono fissate da apposito regolamento, che sarà inviato a chi ne faccia richiesta. La domanda di concorso dovrà essere rivolta al Presidente dell'Istituto Rizzoli, in Bologna. Scad. 31 dicembre 1939-XVIII.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

È stato nominato il nuovo Direttorio dell'Accademia Medica Lombarda per gli anni accademici 1938-39 e 1939-40 nelle persone di: S. E. prof. P. Rondoni, presidente; prof. L. Zoja, vice presidente; prof. V. Massarotti, segretario; prof. A. Vinaj, economo-cassiere; proff. C. Baslini, G. Morone, C. Vercesi, membri.

L'Accademia di medicina di Parigi ha eletto membro ordinario il dott. Pagniez di Parigi; membri associati stranieri il prof. M. Castex di Buenos Aires e il prof. P. Nolf di Bruxelles; corrispondenti nazionali il dott. Gallavardin di Lione e il prof. Pautrier di Strasburgo.

Il prof. Francesco Spirito, ordinario di clinica ostetrico-ginecologica, è nominato preside della Facoltà medica di Siena.

Il prof. Giuseppe Aiello è incaricato dell'insegnamento della medicina del lavoro nell'Università di Ferrara.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Varsavia.

Il prof. Gaetano Boschi all'Università di Varsavia.

Invitato dalla Facoltà di Medicina di Varsavia, il prof. Boschi ha tenuto una conferenza nell'Aula Magna di quella Università il giorno 18 febbraio sulle moderne cure delle malattie tossinfettive croniche del sistema nervoso. La conferenza suscitò nell'insigne uditorio, composto massimamente dai professori della Facoltà di Medicina, il più vivo interessamento.

La sera la Facoltà offerse al neurologo italiano un banchetto all'Hotel Europejski. Gli porse un alato saluto il prof. Lauber esprimendo di vedere nella visita del prof. Boschi il simbolo di una intensificazione avvenire dei rapporti fra Medicina italiana e Medicina polacca.

Un tè fu offerto in onore dell'ospite domenica 19.

Lunedì 20, alle ore 20, ebbe luogo una seconda conferenza del prof. Boschi. Fu perciò indetta un'adunanza solenne — con unico oggetto la conferenza — delle tre società scientifiche riunite: quella di Medicina Generale, quella di Psichiatria e quella di Neurologia. Il prof. Boschi parlò — festeggiatissimo — sul concetto di neuro-artritismo e sulla sua cura.

Alle varie manifestazioni fu invitato e presenziò il prof. Giovanni Soglian, direttore dell'Istituto italiano di cultura ed insegnante di letteratura italiana all'Università di Varsavia. S.

NOTIZIE DIVERSE

9ª Conferenza internazionale contro la tubercolosi.

La XI Conferenza dell'Unione internazionale contro la tubercolosi, il cui segretariato permanente trovasi a Parigi (boulevard Saint-Michel 66; segretario generale: prof. Fernand Bazançon), si riunirà a Berlino dal 16 al 20 settembre 1939, sotto la presidenza del dott. Otto Walter. La discussione sarà limitata a 3 argomenti principali: tema clinico: « Il problema della virulenza del bacillo di Koch », relatori generali: dott. A. Boquet (Francia) e dott. A. Saenz (Uruguay); tema biologico: « L'interesse degli esami sistematici per la ricerca della tubercolosi nei soggetti oltre i 15 anni », relatore generale: dott. H. Braeuning (Germania); tema sociale: « La riabilitazione dei tubercolotici al lavoro », relatori generali: Sir Pendrill Varrier Jones (Inghilterra) e dott. E. Bachmann (Svizzera). Dei relatori aggiunti, indicati in anticipo in base ad un elenco presentato dai 43 Stati membri dell'Unione, apriranno la discussione su ciascuna delle questioni iscritte all'ordine del giorno. Essi sono: tema biologico: Germania - prof. Bruno Lange; Danimarca - dott. K. A. Jensen; Stati Uniti - dott. Kenneth C. Smithburn; Inghilterra - dott. A. Stanley Griffiths e dott. William T. Munro; Italia - prof. B. Besta e dott. C. Cattaneo; Polonia - dott. Skibinski; Portogallo - dott. Alberto Carvalho e dott. Carlos Vidal; Jugoslavia - prof. J. Nedelkovitch. Tema clinico: Argentina - prof. G. Aráoz Alfaro e dr. R. A. Vaccarezza; Stati Uniti - dott. Willard B. Soper; Finlandia - dott. Toivo Ellilà; Francia - dott. P. Braun

e dott. A. Courcoux; Inghilterra - dott. F. R. Heaf; Italia - prof. G. Costantini. Norvegia - dott. H. J. Ustvedt; Jugoslavia - prof. F. Tchopulitch. Tema sociale: Germania - dott. Dorn; Belgio - dott. G. Derscheid; Stati Uniti - dott. Kennon Dunkam; Francia - dott. L. Guinard e dott. Etienne Bernard; Italia - prof. F. Bocchetti e prof. F. Parodi; Olanda - dott. W. Bronkhorst.

Il Comitato di organizzazione della Conferenza ha preparato un programma attraente di ricevimenti e di escursioni, grazie al quale i congressisti potranno visitare le principali città germaniche e mettersi al corrente delle opere sociali ammirevoli realizzate da quello Stato.

I membri dell'Unione internazionale sono invitati alla Conferenza e sono esenti da ogni spesa di iscrizione. Essi sono pregati di far giungere la loro adesione, sia per mezzo del loro Governo o della loro Associazione nazionale, sia direttamente al Comitato d'organizzazione della Conferenza all'indirizzo seguente: Konferenzleitung der XI. Konferenz der internationalen Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose - Berlin, W. 62 Einemstrasse 11.

Coloro che non sono membri dell'Unione e che desiderano iscriversi come « membri della Conferenza » devono inviare la loro domanda accompagnata da una quota di 20 RM. esclusivamente per l'intermediario della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, Via Nazionale 200, Roma.

I membri della famiglia dei congressisti potranno godere degli stessi benefici dei partecipanti regolarmente iscritti pagando una quota di 12 RM.

Ai congressisti non tedeschi sarà concessa una riduzione del 60 % sulle tariffe delle ferrovie tedesche.

4° Congresso nazionale di radiobiologia.

Sotto la presidenza onoraria di S. E. Vallauri ed effettiva del prof. Ponzio, presidente del Comitato ordinatore, verrà tenuto a Torino (dopo che, il 27 maggio, avrà avuto luogo la Riunione annuale del Comitato internazionale della luce), il IV Congresso Nazionale di Radiobiologia.

Alla seduta inaugurale (28 maggio) il Rasetti terrà una conferenza sulle applicazioni biologiche delle sostanze radioattive. Seguiranno le relazioni su: dosimetria e posologia radiologiche. Azione biologica delle radiazioni (Pugno-Venoni); Il problema della dosimetria in biologia (Friedrich); Dose incidente e dose emergente (Bellucci); princìpi e realizzazioni di posologia in attino e elioterapia.

Nella seconda seduta (29 maggio) si terranno le relazioni di Radiobiologia: Azione del ritmo di irradiazione nella funzione dei raggi roentgen (Holthusen); Le leggi essenziali e le conquiste recenti dela fotopatologia (Jausion); Fasi e ritmi nelle reazioni radiobiologiche (Milani); radiosensibilità dei blastomi in rapporto al loro tessuto di matrice (Paltrinieri e Galavotti). Successivamente saranno svolte altre relazioni di radiobiologia: Elettrofisiologia delle unità funzionali (Bergami); Stato attuale della questione dell'effetto Gurwitsch (Castaldi); Studio con i raggi roentgen e con raggi di elettroni dei sistemi colloidali (Cavallaro); Nuove indagini sull'azione biologica degli ultrasuoni (Conte e Delorenzi).

Non vi saranno comunicazioni, ma correlazioni alle relazioni, per incarico e invito del Presidente del Comitato Ordinatore.

Corso di revisione sul servizio sanitario militare.

Il Ministero della Guerra ha disposto anche per quest'anno lo svolgimento di un « Corso informativo sul servizio sanitario in guerra ». Con circolare del 18 gennaio sono state impartite le disposizioni relative. L'organizzazione e l'alta sorveglianza dei corsi sono devolute ai comandi di Corpo d'Armata; le disposizioni, esecutive spettano alle Direzioni di sanità di C. d'A., su direttive della Direzione generale di sanità militare. I corsi si svolgeranno presso gli ospedali militari che sono centri di mobilitazione; cadranno in marzo-aprile e avranno la durata di tre giorni consecutivi; se ne faranno due turni (nella considerazione di facilitare la frequenza ai medici condotti); vi parteciperanno ufficiali delle categorie in congedo e medici civili (preferibilmente che non abbiano frequentato il corso del 1938). Ai frequentatori del corso verranno rimborsate le spese di viaggi o rilasciati scontrini di viaggio in 1ª classe. I medici civili per la durata del corso saranno autorizzati a convivere alla mensa del presidio.

Corsi di perfezionamento e di aggiornamento.

Nel mese di maggio p. v. avrà luogo nelle RR. Cliniche e negli Ospedali di Roma un corso di aggiornamento per medici in Medicina, Chirurgia, Dermosifilopatica, Oculistica, Ostetricia e Pediatria, tenuto dai rispettivi Direttori delle RR. Cliniche, dei RR. Istituti di Patologia, e da alcuni liberi docenti primari degli Ospedali di Roma.

Il corso, che sarà eminentemente pratico, avrà inizio il 1° maggio e durerà fino al 31 maggio.

Per averne il programma dettagliato — che sarà pubblicato quanto prima — rivolgersi alla Segreteria della Scuola, Policlinico Umberto I.

Anche quest'anno, per iniziativa dell'Istituto di Studi Scientifico Pratici sulla Tubercolosi e e sotto il Patronato del Consorzio Antitubercolare, verrà tenuto — per i medici — il consueto Corso Celere di Perfezionamento nella Patologia, Clinica e Profilassi della Malattie Tubercolari. Il Corso avrà la durata di 30 giorni — dal 24 aprile al 24 maggio 1939-XVII — e sarà diretto dal prof. sen. Edoardo Maragliano e dal prof. Giuseppe Sabatini, coadiuvati da professori della Facoltà Medica di Genova e di altre Facoltà Mediche del Regno.

Tutti i laureati in medicina possono parteciparvi.

Poichè il numero degli iscritti è limitato, i medici che desiderano di partecipare al Corso, sono pregati di farne prontamente domanda.

Il Corso ha luogo presso la Scuola di Tisiologia della R. Università di Genova, sita nell'Ospedale di San Martino d'Albaro.

Vi saranno trattati praticamente tutti gli argomenti relativi alla patologia, alla diagnosi ed alla cura delle malattie tubercolari.

Alla fine del Corso i medici che lo desiderano, saranno ammessi ad un esame, superato il quale sarà rilasciato loro un apposito Diploma.

Le domande — in carta libera — devono essere indirizzate alla Direzione dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi, Genova, Via Balilla 1.

Nella R. Università degli Studi « Benito Mussolini » di Bari, conforme le disposizioni ministeriali dal 16 maggio al 14 giugno corrente anno

sarà svolto, sotto la direzione del prof. Sangiorgi, un corso di cultura di igiene scolastica per soli laureati in medicina e chirurgia. Tassa di iscrizione L. 200. Alla fine del corso sarà rilasciato un diploma a coloro che supereranno i relativi esami. Essendo il numero dei partecipanti limitato, le domande saranno accolte in ordine di precedenza e non oltre il 10 maggio p. v. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

All'Accademia Lancisiana di Roma.

La consueta relazione annuale di medicina è stata quest'anno affidata, dalla Presidenza dell'Accademia Lancisiana, al prof. Parlavecchio, medico primario degli Ospedali di Roma, il quale, alla presenza di numeroso uditorio e delle più alte autorità mediche della Capitale, ha parlato sul tema: « Itteri, con particolare riguardo al loro trattamento ». Il relatore ha riassunto nelle sue linee principali l'importante argomento, da lui ampiamente svolto nel testo della relazione che verrà pubblicata negli Atti dell'Accademia. Hanno preso parte alla discussione i professori Margarucci e Lucherini.

Riti universitari.

All'Università di Roma il 29 gennaio, presenti il Segretario del Partito ed altri Gerarchi, furono solennemente consegnate le lauree *ad honorem* in memoria degli studenti caduti gloriosamente per la causa della libertà e della civiltà in Spagna.

Con altro solenne rito gli allievi ufficiali della IV Legione Universitaria Romana « Benito Mussolini », che partecipano al I Corso, hanno ricevuto, madrina la piccola Anna Maria figlia del Duce, la loro fiamma intitolata al nome dell'eroico Giorgio Maccagno, caduto in terra di Spagna.

Il Segretario del Partito ha poi proceduto alla consegna delle ricompense al valor militare agli ufficiali della IV Legione, tra cui fu decorato con medaglia di bronzo il seniore medico Barbera.

Cure termali.

Sono state concordate anche per il 1939 le facilitazioni per soggiorni di cure termali di cui potranno fruire (permanentemente in qualsiasi periodo dell'anno) gli ufficiali in congedo iscritti all'Unuci ed i dopolavoristi nonchè i rispettivi familiari (anche se isolatamente dal tesserato).

Con una quota fissa di L. 790, comprendente per 15 giorni alloggio (negli Alberghi interni degli Stabilimenti termali), cura idropinica o fangosudoterapica (in ragione di un servizio al giorno biancheria compresa), vitto (colazione e due pasti giornalieri con vino) visite mediche di ingresso e fine cura); tassa di soggiorno e percentuale di servizio, si fruirà del viaggio gratuito in 3ª classe a tariffa termale, andata-ritorno da qualsiasi località del Regno e per qualunque sia la stazione termale scelta fra le seguenti: Albano, Chianciano, Ischia e Pozzuoli (Napoli).

Maggiori dettagli possono ottenersi richiedendo l'apposito programma alla camerata Caterina Delleani, via Marc'Aurelio 43, Roma, dirigente lo speciale servizio di affluenza a facilitazione per tutte e quattro le indicate stazioni termali, oppure consultando il programma presso gli organi provinciali dell'U.N.U.C.I. e dell'O.N.D.

Un po' dovunque.

« Bruxelles-Médical » ha pubblicato un numero speciale, dedicato alle Giornate mediche di Bruxelles del 16-20 aprile 1938. Consta di 84 pagine ed è copiosamente illustrato.

All'Università Cattolica del Sacro Cuore, padre Agostino Gemelli ha inaugurato il Corso di cultura di psicotecnica del lavoro, istituito presso l'Università dal ministro dell'Educazione nazionale, d'accordo con i Ministeri della Guerra, delle Comunicazioni e delle Corporazioni. Ha svolto il tema « La psicotecnica al servizio dell'autarchia della Nazione ».

Il prof. Ingvar di Stoccolma ha concretato il progetto di un ospedale sulle rive del Mare Mediterraneo, per gli scandinavi in genere e per gli svedesi in particolare, colpiti da affezioni reumatiche croniche. Esso avrebbe una sessantina di posti-letto.

Nel Trentino, ad Ora, una famiglia di 12 persone è rimasta avvelenata da un pasticcio in cui accidentalmente era stato aggregato dell'arseniato di piombo; sono morti due dei componenti.

Nel Camerun, a Yaoundé, è stato eretto un monumento alla memoria del dott. Jamot, che ebbe a svolgere intensa opera di assistenza in favore degli indigeni. La cerimonia inaugurale ebbe luogo il 17 gennaio, presenti il prof. Pasteur Vallery-Radot per l'Accademia di medicina di Parigi, il governatore generale ed altre personalità. Tra i discorsi ve ne fu uno in lingua indigena, da parte di un rappresentante degl'indigeni. Ebbe luogo una grandiosa sfilata. Il monumento sorge avanti la Maternità.

Il sen. Raffaele Bastianelli, commissario ministeriale del Sindacato nazionale dei medici, ha tenuto rapporto, in Cosenza, ai direttori dei Sindacati di 14 Province dell'Italia meridionale. Alla fine della riunione, i convenuti si recarono a deporre una corona di alloro al Sacrario dei Caduti alla Casa Littoria « Michele Bianchi ».

Nel salone dei convegni della secolare Accademia cosentina, si è poi svolta la solenne cerimonia della consegna del diploma di socio onorario al sen. Bastianelli. Il presidente dell'Accademia on. Amedeo Perna ha pronunciato elevate parole; ha risposto il sen. Bastianelli.

Il prof. Vincenzo Aloi, direttore dell'Ospedale civile di Catanzaro, ha tenuto per il corso di aggiornamento ai medici condotti della provincia, una conferenza sul tema: « La cura chirurgica degli storpi e dei rachitici ».

Il periodico « Difesa sociale » ha pubblicato due numeri unici: « Cure idro-termali per i lavoratori » (dicembre 1938) e « Lavoro sanatoriale e post-sanatoriale dei tubercolotici » (gennaio 1939); constano rispettivamente di pp. 174 e 138 e sono ricchi di contributi e di documentazioni e sono bene e copiosamente illustrati.

Il comandante della M.V.S.N. dell'A.O.I., luogotenente generale Passerone, ha disposto l'inquadramento dei medici dell'A.O.I.

Il dott. Giuseppe Migliorino, ispettore sanitario delle Ferrovie a Palermo, ci ha pregato di far noto che egli nulla ha in comune col dott. Salvatore Migliorino, di cui riferimmo nel n. 2 (p. 96).

Il prof. ANDREA FERRANNINI, spentosi a Napoli in età di 74 anni, ha saputo contemperare molteplici attività: maestro di giornalismo medico, patologo di valore, pioniere della medicina sociale.



La « sindrome di Ferrannini » basterebbe ad attestare la sua capacità di osservazione e di sintesi. Probabilmente questa forma morbosa, da lui differenziata e individuata col nome di « angioipotonia costituzionale », ha un'importanza non ancora valutata appieno. Altri studi e rilievi del Ferrannini riguardarono il compito del cloruro di sodio nel ricambio idrico (egli precedette Widal nella concezione delle nefriti cloruremiche), l'utilizzazione del levulosio nel diabete, l'opoterapia gastrica, la funzionalità del cuore malato, ecc.

Già dal 1929 il Ferrannini preconizzava l'incremento delle Colonie di vacanza, in una monografia che ha impostato il problema e che ha contribuito a preparare il meraviglioso movimento odierno in questo campo.

Egli ha svolto opera notevole anche nell'organizzazione della lotta antitubercolare.

Il Ferrannini lascia un ottimo Prontuario di medicina interna e una riuscitissima Epitome di patologia speciale medica ad uso dei medici pratici, due pubblicazioni che hanno ottenuto larghissimo successo. Il suo volume sulle rivendicazioni mediche italiane, opera di sano patriottismo, è condotto con un senso di misura, che contribuisce a conferirgli efficacia dimostrativa.

Il Ferrannini si era avviato alla carriera universitaria: nel 1907 fu nominato professore titolare di patologia medica e clinica propedeutica a Camerino. Si trattava di un inizio: non sarebbero mancate altre affermazioni; ma egli preferì di rinunziare a quella via. Stabilitosi a Napoli, non abbandonò l'insegnamento e furono molto frequentati i suoi corsi liberi.

Formatosi ed allenatosi alla scuola di valorosi maestri, così in Italia come all'Estero, il Ferrannini si legò soprattutto al Rummo, suo conterraneo (di Benevento) e poi suo congiunto. Ne fu discepolo e presto collaboratore. Verso il Rummo manifestò sempre una devozione illimitata e quasi religiosa.

Chiamato dal Rummo nella famiglia redazionale della « Riforma Medica », il Ferrannini fece del giornalismo medico un'arte viva e vibrante. Contribuì a tenere alto ed a rafforzare il prestigio di quel periodico. Nel plasmare la materia giornalistica, egli sapeva contemperare il senso dell'attualità col senso critico. È stato uno degli spiriti più eletti che abbiano onorato il nostro giornalismo medico.

Alcune delle sue qualità si rivelavano sovratutto agli intimi e lo facevano ammirare ed amare. Erano l'entusiasmo e l'ardore del lavoro, la modestia effettiva e — qualità dominante — la rettitudine: la sua vita fu severamente e costantemente orientata verso la probità.

L. VERNEY.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

(VOLUMI N. 41, 42 I, 42 II, 43, 44 DELLA COLLANA MANUALI DEL "POLICLINICO")

OPERA DEDICATA AL MAESTRO NEL SUO XXX ANNO DI INSEGNAMENTO DAGLI ALLIEVI

ASCOLI M. ROMA — BAGGIO G. CAGLIARI — BIANCHINI A. ROMA — BRANCATI R. PARMA — CERMENATI A. TERAMO — CHIASSERINI A. ROMA — CRAINZ S. ROMA — DOMINICI L. PERUGIA — FERRERI G. PERUGIA — GHIRON V. ROMA — GUSSIO S. CATANIA — JURA V. ROMA — LOZZI V. ROMA — MARINO-ZUCO C. ROMA — MATRONOLA G. ROMA — MINGAZZINI E. ROMA — PACETTO G. ROMA — PAGGI B. ROMA — STEFANINI P. ROMA — VALDONI P. ROMA.

PROSPETTO DELLA MATERIA TRATTATA NELL'OPERA

VOLUME PRIMO.

1. **Anestesie e anestetici** - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
2. **Infezioni chirurgiche in generale e lora cura** - Prof. *V. Jura*, Roma.
3. **Chirurgia dei vasi sanguigni** - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
4. **Chirurgia dei vasi linfatici e delle ghiandole linfatiche** - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
5. **Chirurgia delle parti molli degli arti**: Pelle e suoi annessi; Sottocutaneo; Muscoli; Tendini - Prof. *G. Pacetto*, Roma.
6. **Chirurgia delle ossa**: Generalità; Malattie sistemiche dello scheletro - Prof. *P. Valdoni*, Roma; Malattie infiammatorie acute e croniche - Prof. *V. Jura*, Roma; Tumori e malattie parassitarie - Prof. *R. Brancati*, Parma; Fratture in generale e in particolare - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
7. **Malattie scheletriche della crescenza** - Prof. *C. Marino-Zuco*, Roma.
8. **Chirurgia delle articolazioni**: Generalità - Prof. *P. Valdoni*, Roma; Flogosi acute - Prof. *V. Lozzi*, Roma; Flogosi croniche e tumori - Prof. *P. Valdoni*, Roma; Traumi delle articolazioni eccetto le lussazioni - Prof *V. Lozzi*, Roma; Lussazione in generale e in particolare; Anchilosi e contratture - Prof. *V. Ghiron*, Roma; Malattie di crescenza - Prof. *Marino-Zuco*, Roma.
9. **Deformità congenite e acquisite degli arti** - Prof. *C. Marino-Zuco*, Roma.
10. **L'indagine radiologica in chirurgia** - Prof. *A. Bianchini*, Roma.

VOLUME SECONDO (PARTE I).

1. **Chirurgia dell'orecchio** - Prof. *G. Ferreri*, Perugia.
2. **Chirurgia del naso e dei seni della faccia** - Prof. *G. Ferreri*, Perugia.
3. **Chirurgia del viso** - Prof. *S. Gussio*, Catania.
4. **Chirurgia dei mascellari** - Prof. *G. Matronola*, Roma.
5. **Chirurgia della bocca e della lingua** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma; **Chirurgia delle ghiandole salivari** - Dott. *P. Stefanini*, Roma.
6. **Chirurgia della faringe e della laringe** - Prof. *G. Ferreri*, Perugia.

VOLUME SECONDO (PARTE II).

7. **Chirurgia del collo**: Malformazioni congenite; Malattie infiammatorie; Tumori - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
8. **Chirurgia della tiroide** - Prof. *M. Ascoli*, Roma; **Chirurgia delle paratiroidi** - Dott. *B. Paggi*, Roma.
9. **Chirurgia della mammella** - Prof. *R. Brancati*, Parma.
10. **Chirurgia del torace**: Pareti toraciche; Mediastino e timo - Dotto toracico; Esofago; Pleura - Polmoni; Cuore, pericardio e grossi vasi; Diaframma - Prof. *M. Ascoli*, Roma.
11. **Chirurgia dell'apparato genitale maschile**: Testicoli, deferente e scroto - Prof. *G. Matronola*, Roma; Vescichette seminali; Pene - Prof. *V. Lozzi*, Roma.
12. **Chirurgia dell'apparato genitale femminile** - Dott. *A. Cermenati*, Teramo.

Staccare..

Signor LUIGI POZZI, editore — ROMA

Avendo preso conoscenza di quanto trovasi pubblicato nel MANUALE DI CHIRURGIA *dedicato al Prof.* ROBERTO ALESSANDRI, *da voi edito, come trovasi specificato nella pagina quì di lato, mi impegno, quale abbonato al vostro Periodico* ....
di acquistare una copia della intera opera al prezzo di sole Lire Trecentosessanta anzichè di L. 400 da potersi pagare, con un primo acconto di lire Cento e le restanti L. 260 mediante dieci rate mensili di L. 26 ciascuna sino al completo saldo.

Pertanto vi invio contemporaneamente il mio primo versamento impegnativo di L. 100 e mi obbligo di pagarvi le rimanenti L. 260 in dieci rate mensili di L. 26 ciascuna, col rimettervi ogni mese mio relativo Vaglia Postale o Bancario o di versare mensilmente detto importo nel vostro Conto Corrente Postale N. 1/5945, fino alla totale estinzione del debito. (Coloro che preferissero ricevere i volumi pubblicati in pacco gravato di assegno del primo acconto di L. 100 **e delle relative tasse postali, all'uopo occorrenti,** ne scrivino l'autorizzazione a tergo della presente, nel posto riservato per le comunicazioni del mittente).

In mancanza del mio diretto versamento mensile come sopra, vi riconosco il diritto di riscuotere da me l'importo della rata mediante Tratta Postale aumentata delle occorrenti spese.

Per qualsiasi controversia e per tutti gli effetti degli obblighi che derivano dal presente mio impegno, eleggo il mio domicilio in Roma, presso il vostro Ufficio.

(Residenza. data e indirizzo ben chiari) ....
....
(Firma ben leggibile) .... *(Paternità)* ....
(Luogo e data di nascita) ....)

VOLUME TERZO.

1. **Chirurgia del cranio e dei tegumenti cranici** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma.
2. **Chirurgia del cervello** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma; **Chirurgia del midollo spinale** - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
3. **Chirurgia dei nervi periferici** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma.
4. **Chirurgia della colonna vertebrale** - Prof. *S. Crainz*, Roma.
5. **Chirurgia del bacino** - Dott. *P. Stefanini*, Roma.
6. **Chirurgia dell'apparato urinario**: Reni e ureteri; Vescica - Prof. *E. Mingazzini*, Roma; Prostata - Proff. *E. Mingazzini* e *V. Lozzi*, Roma; Uretra - Prof. *V. Lozzi*, Roma.

VOLUME QUARTO.

Chirurgia dell'addome:

1. Pareti addominali - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
2. Peritoneo - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
3. Ernie - Prof. *S. Gussio*, Catania.
4. Fegato e vie biliari - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
5. Pancreas - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
6. Milza - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
7. Stomaco - Prof. *G. Baggio*, Cagliari.
8. Duodeno - Prof. *G. Baggio*, Cagliari.
9. Intestino tenue e colon - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
10. Appendice - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
11. Retto e ano - Prof. *P. Valdoni*, Roma.

Prezzo della intera opera in quattro volumi, uno dei quali (il secondo) in due grosse parti, tutti rilegati in piena tela, di complessive pagg. 4300 con 2396 illustrazioni nel testo delle quali 106 in tricromia, L. **400** franco di porto in Italia, Impero e Colonie.

N. B. — *Esclusivamente agli abbonati al « Policlinico » od a qualsiasi delle altre nostre Riviste l'opera è ceduta per sole* **L. 360** *anzichè* L. **400 ed anche con la possibilità di pagarla gradualmente, ossia** *con un primo versamento di* **L. 110** *all'atto della richiesta da farsi accompagnata dall'impegno scritto di versare le rimanenti* **L. 250** *in 10 rate mensili da* **L. 25** *cadauna, fino al saldo. Alla richiesta unire la fascetta comprovante la qualità di abbonato ad una delle nostre Riviste.*

Per l'Estero aggiungere, in ogni caso, L. 50 per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione.

Il 1° pagamento di **L. 110** *può essere anche versato nel nostro Conto Corrente Postale N. 1/5945 mediante l'apposito Bollettino che dall'Ufficio di Posta è fornito gratis, usando il quale si risparmia la tassa dell'ordinario Vaglia Postale.*

AVVERTENZA - L'impegno del pagamento dell'intero ammontare di L 360 (ridotto a tanto esclusivamente per gli abbonati a qualsiasi delle nostre quattro Riviste), **può essere stillato e sottoscritto nel predetto Bollettino postale.**

☛ ***Riportiamo un'altro dei tanti giudizi espressi pel nostro " Manuale di Chirurgia ":***

« **È inutile ormai ripetere tutto il bene che di questo trattato è stato detto**; *con questi due volumi viene completata la parte speciale di esso: il volume che conterrà la parte generale, è atteso fra pochi giorni.*

Nei volumi pubblicati è compresa la chirurgia dell'orecchio, del naso, faringe e laringe e dei seni della faccia, **scritta magistralmente e con ricchezza di osservazioni personali da Ferreri**, *la chirurgia del viso* **redatta accuratamente dal Gussio**; *la chirurgia dei mascellari da* **Matronola**; *la chirurgia della bocca e della lingua da* **Chiasserini**; *Stefanini ha raccolto* **tutto quanto riguarda la chirurgia delle ghiandole salivari**; *Valdoni ha trattato* **in maniera completa la chirurgia del collo**; *Ascoli la chirurgia della tiroide, della parete toracica, del mediastino, del timo, pericardio, cuore, grossi vasi, esofago, dotto toracico, pleura, polmone e diaframma: studio questo dell'Ascoli* **veramente completo sotto ogni punto di vista e ricco di osservazioni sensate e di equilibrio.**

Brancati ha redatto la chirurgia della mammella; Paggi quella delle paratiroidi, **capitolo nuovissimo che manca ancora nei comuni trattati**; *Matronola la chirurgia dello scroto, della vaginale e del testicolo; Lozzi la chirurgia delle vescichette seminali e la chirurgia del pene; Cermenati la chirurgia dei genitali femminili.*

L'Edizione, è, *come ormai la Casa Ed. Pozzi ci ha abituati,* **splendida: vi sono delle tricromie che, oltre ad essere tipograficamente belle, sono tante piccole opere d'arte** ».

(Da « *Rinascenza Medica* », 15 giugno 1934, Napoli). G. L.

☛ ***Staccare*** ....

★ CEDOLA POSTALE DI COMMISSIONE LIBRARIA ★

Da inviare sottoscritta e chiusa in busta affrancata con 50 centesimi

Spazio a disposizione del mittente per altre sue eventuali comunicazioni.

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

All'editore

Sig. LUIGI POZZI

(Giornale « Il Policlinico »)

ROMA (106)

VIA SISTINA, 14

ANNO XLVI Roma, 13 Marzo 1939 - XVII Num. 11

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-a) Alla sola sezione medica (mensile) . .	L. 55 —	L. 65
(1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) Alle due sezioni (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) Alle tre sezioni (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della Sezione Medica o della Chirurgica L 6; della Pratica L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Clinica Medica Generale
della R. Università di Siena
Direttore: Prof. E. Greppi.

Uricemia ed uricuria, spontanee e da carico, negli ipertesi arteriosi.

(Primo studio d'insieme).

Dott. Oreste Bongini.

È noto che l'ipertensione arteriosa spesso si accompagna ad alterazioni del ricambio sia dei grassi che dei carbidrati, e tutti sanno come appunto siano frequenti le associazioni « Ipertensione ed Obesità », « Ipertensione e Diabete ».

Dietro consiglio del mio Maestro mi sono accinto a studiare il ricambio dei nucleoproteidi nell'ipertensione arteriosa, per vedere se anche in questo settore era possibile cogliere eventuali modificazioni metaboliche. Questa possibilità non era sfuggita a Bauer che già da qualche tempo aveva parlato di « Artritismo ipertonico », descrivendone un quadro clinico rappresentato da dolenzie muscolari a tipo reumatico in soggetti ipertesi.

Allo scopo abbiamo rivolto la nostra attenzione all'uricemia ed all'eliminazione dell'acido urico che, come è noto, rappresenta il prodotto finale del ricambio dei nucleoproteidi.

In confronto con i numerosissimi studi concernenti il metabolismo purinico in genere, ben più scarsi ed incompleti sono quelli che riguardano l'argomento particolare in questione. Nella recente monografia di Carrière e Huriez (*Le sang des hypertendus*), mentre sono studiate le varie frazioni lipidiche, proteiche, glicemica e le proprietà fisico-chimiche del sangue degli ipertesi, non esiste alcun cenno sul tasso uricemico e sui suoi rapporti sia col bilancio dell'acido urico sia con le funzioni vasali ed emuntorie. Anche l'insieme degli studi compiuti finora da Greppi e collaboratori sul tema dell'ipertensione e delle pletore, non ha trattato questo motivo fra gli

altri aspetti metabolico-funzionali della sindrome.

Marcolongo e Maestri, studiando il metabolismo dei nucleoproteidi in individui affetti da ipertensione essenziale, hanno concluso che nell'ipertensione primitiva esiste frequentemente una certa tendenza alla ritenzione dell'acido urico.

Usseglio e Ceresa hanno preso in considerazione la curva da carico di acido urico in quattro soggetti ipertesi: in tre di essi la curva si sovrapponeva perfettamente a quella che si osserva nell'individuo normale, e cioè rapida ascesa e rapida caduta del tasso uricemico; nel quarto caso invece gli AA. videro che l'uricemia tornava al livello di partenza con notevole ritardo.

Altri AA. (Guillaumin, Weil, ecc.) segnalano una uricemia aumentata oltre che nelle ipertensioni renali, anche in quelle sicuramente primitive ed affermano anzi che ciò avviene di regola: Antognetti invece riscontra ciò in meno della metà dei casi osservati, come risulta dalle sue personali ricerche condotte in proposito.

Con indirizzo più raffinato, alcuni ricercatori invece di limitarsi alla uricemia pura e semplice hanno studiato la ripartizione dell'acido urico nel plasma sanguigno e nei globuli rossi, allo scopo di vedere se in certe condizioni patologiche l'uricemia corpuscolare si comporti in maniera diversa che non negli individui normali. Così Battistini e Quaglia hanno preso in esame questo aspetto particolare del ricambio purinico, concludendo che nella massima parte dei casi l'uricemia plasmatica è superiore a quella globulare con uno scarto uricemico variante da mmgr. 1,02 a mmgr. 2 di acido urico, senza differenze apprezzabili tra soggetti normo- ed iperuricemici.

Jacoby ed Helene avrebbero invece trovato che nei gottosi l'uricemia plasmatica è minore di quella corpuscolare, in contrasto con quello che si osserva nell'individuo normale.

Secondo AA. americani e francesi poi, i globuli rossi dei gottosi sarebbero ricchi di una forma speciale di acido urico denominata « Acido urico-δ-ribosio ».

Inoltre Battistini e Quaglia si sono occupati della ripartizione dell'acido urico tra il plasma ed i globuli rossi nel sangue umano dopo iniezione endovenosa di urato monosodico e ciò sia nei soggetti normouricemici che in quelli iperuricemici.

Essi hanno rilevato dopo l'iniezione un aumento del contenuto in acido urico sia nel plasma che negli eritrociti, con uricemia plasmatica maggiore di quella corpuscolare.

Un certo grado di ritenzione uricemica è stato dimostrato da Krauss nei soggetti ipertesi indenni da ogni lesione renale; mentre Steffanutti in base ai suoi risultati non ha confermato questa constatazione.

Considerata la diversità dei risultati e l'incompletezza delle ricerche nei riguardi dell'argomento, ho cominciato a studiare sistematicamente nelle ipertensioni arteriose il ricambio dei nucleoproteidi, per vedere se e quali forme ipertensive offrano una deviazione dalla norma in questo campo e valutare il fenomeno per la sua entità e per i suoi rapporti reciproci, d'origine e di sviluppo, con la sindrome ipertensiva.

TECNICA — La determinazione dell'acido urico nel sangue è stata eseguita secondo il metodo colorimetrico di Benedict, metodo usato dalla maggior parte dei ricercatori e che dà come valore normale da due a quattro milligrammi di acido urico per cento nel siero di sangue. La determinazione dell'acido urico è stata eseguita sia sul siero che sul sangue in toto reso incoagulabile mediante tracce di ossalato di litio: da questi due dati, integrati dalla lettura del rapporto Plasma/Globuli all'ematocrito, mediante la formula seguente (Battistini e Quaglia) si può risalire all'uricemia corpuscolare:

$$\frac{\text{Ur. sangue in toto} - (\text{Uric. siero} \times \text{Val. Em. Plasma})}{\text{Val. ematocrito corpusc.}} = \text{Uric. corpuscolare.}$$

Il metodo usato per il dosaggio dell'acido urico nell' urine è stato quello di Folin-Shaffer.

La determinazione dell'uricemia veniva praticata a digiuno al mattino, dopo che il malato era stato tenuto nei giorni precedenti ad una dieta mista povera in purine.

L'uricuria veniva determinata nelle urine delle 24 ore tenendo così conto sia della concentrazione per mille, sia della quantità totale di acido urico eliminata durante la giornata. La determinazione veniva effettuata per tre giorni consecutivi in modo da ottenere una media di eliminazione giornaliera di acido urico.

Tale ricerca, che denomineremo « statica », è stata eseguita in un gruppo di 40 soggetti affetti da ipertensione arteriosa: alcuni portatori di lesioni renali, altri con note di sclerosi vasale più o meno accentuata, altri infine più strettamente rispondenti al quadro dell'ipertensione « essenziale » ma non senza fa-

cili turbe associate a carico del ricambio, di diversa qualità ed intensità. (Diabete « florido », stato pletorico, obesità).

Da tutto il numero di soggetti presi in esame si stacca un gruppo di ipertesi (9) che presentavano segni netti di lesioni renali glomerulari sia a tipo acuto che a tipo cronico. In tutti venne riscontrato un aumento del tasso uricemico entro limiti che variavano da mmgr. 4,12 a mmgr. 6,76 di acido urico per cento nel siero di sangue, con un valore medio di 5,50 milligrammi. Il valore uricemico più alto da noi riscontrato fu quello di mmgr. 14: si trattava di un soggetto in pieno coma uremico. In tutti questi ipertesi « renali » l'eliminazione urinaria della scoria purinica risultava notevolmente diminuita tanto come valore percentuale che assoluto.

Un secondo gruppo (20) era formato da ipertesi anziani sclerotici, indenni da qualsiasi lesione renale almeno clinicamente apprezzabile come pure da associazioni metaboliche o di altro genere. Nella maggior parte di questi casi (16) non si è riscontrato nè aumento del tasso uricemico nè deviazione dalla norma dell'eliminazione urinaria dell'acido urico: infatti il valore medio del tasso uricurico totale delle 24 ore si aggirò su gr. 0,35 di acido urico, valore che può rientrare nei limiti normali poichè i nostri soggetti erano tenuti per molti giorni ad una dieta povera in purine. Solo in un minimo numero (4) si osservò un lieve aumento dell'acido urico ematico, contenuto d'altronde in limiti molto modesti, senza alcuna modificazione per quello che riguarda l'eliminazione urinaria della scoria uratica.

In tutti questi soggetti sclerotici anziani l'uricemia globulare fu quasi sempre inferiore a quella del siero; in un sol caso la eguagliò; in tre risultò superiore. Non è stato possibile trovare un rapporto costante e preciso tra le due frazioni uricemiche del siero e dei globuli, poichè tale rapporto fu oltremodo variabile estendendosi da mmgr. 0,54 a mmgr. 2,90 di acido urico. I risultati sono compendiati nella tabella n. 1.

Infine nove soggetti presentavano un'ipertensione arteriosa a carattere autonomo essenziale, associata talvolta a turbe più o meno marcate del ricambio come obesità o diabete: sono altrettanti esempi di quel complesso costituzionale che va sotto il nome di « abito pletorico » o iperstenico o florido. In questi casi abbiamo notato un aumento del tasso uricemico ed altresì un aumento dell'eliminazione urinaria dell'acido urico, sia come concentrazione che come quantità totale. Tale gruppo di soggetti sarà in seguito arricchito nella sua casistica e sarà oggetto di uno studio a parte.

TABELLA N. 1.

GRUPPO DEI SOGGETTI IPERTESI SCLEROTICI ANZIANI.

Numero	Nome	Età	Uricemia siero mmgr. %	Uricemia sangue in toto mmgr. %	Uricemia globulare mmgr. %	Uricuria per % in gr.	Uricuria totale 24 ore in gr.
1	A. T.	54	3,82	3,52	3,18	0 31	0,55
2	P. R.	60	3,16	2,96	2,68	0,31	0,31
3	P. S.	73	3.52	3,04	2,41	0,20	0,31
4	R. F.	74	3,12	2.52	1.84	0.31	0.46
5	G. B.	60	4.12	3,68	3,23	0,75	0,45
6	C. L.	72	2 –	2 52	3,16	0,37	0.31
7	B. C.	71	2.92	3 24	3 59	0 30	0 34
8	P. F.	62	4 52	4 20	3,54	0 30	0 30
9	V. L.	75	1.60	1.96	1 06	0 26	0,40
10	G. A.	67	3,04	2.20	1.14	0 18	0,25
11	P. M.	56	3 04	2,72	2 38	0,22	0.27
12	S. G.	52	1.92	1,60	1,13	0,15	0 15
13	G. C.	65	2 48	1.88	1 01	0.15	0,15
14	B. G.	71	3 –	1.92	0 62	0 36	0,45
15	T. P.	72	4.08	3,12	2.16	0,51	0.28
16	V. L.	65	4 –	4 –	4 01	0,14	0,21
17	G. G.	78	3,60	3.60	3,60	0 20	0.26
18	M. S.	72	3,44	2,92	2,28	0.35	0,40
19	C. A.	53	4,08	2 96	1,84	0,40	0,40
20	C. M.	52	3,84	2 96	1,93	0,78	0.54

I valori uricemici rappresentano la quantità percentuale in mmgr. di acido urico.

I valori uricurici rappresentano i valori percentuali e assoluti in gr. di acido urico.

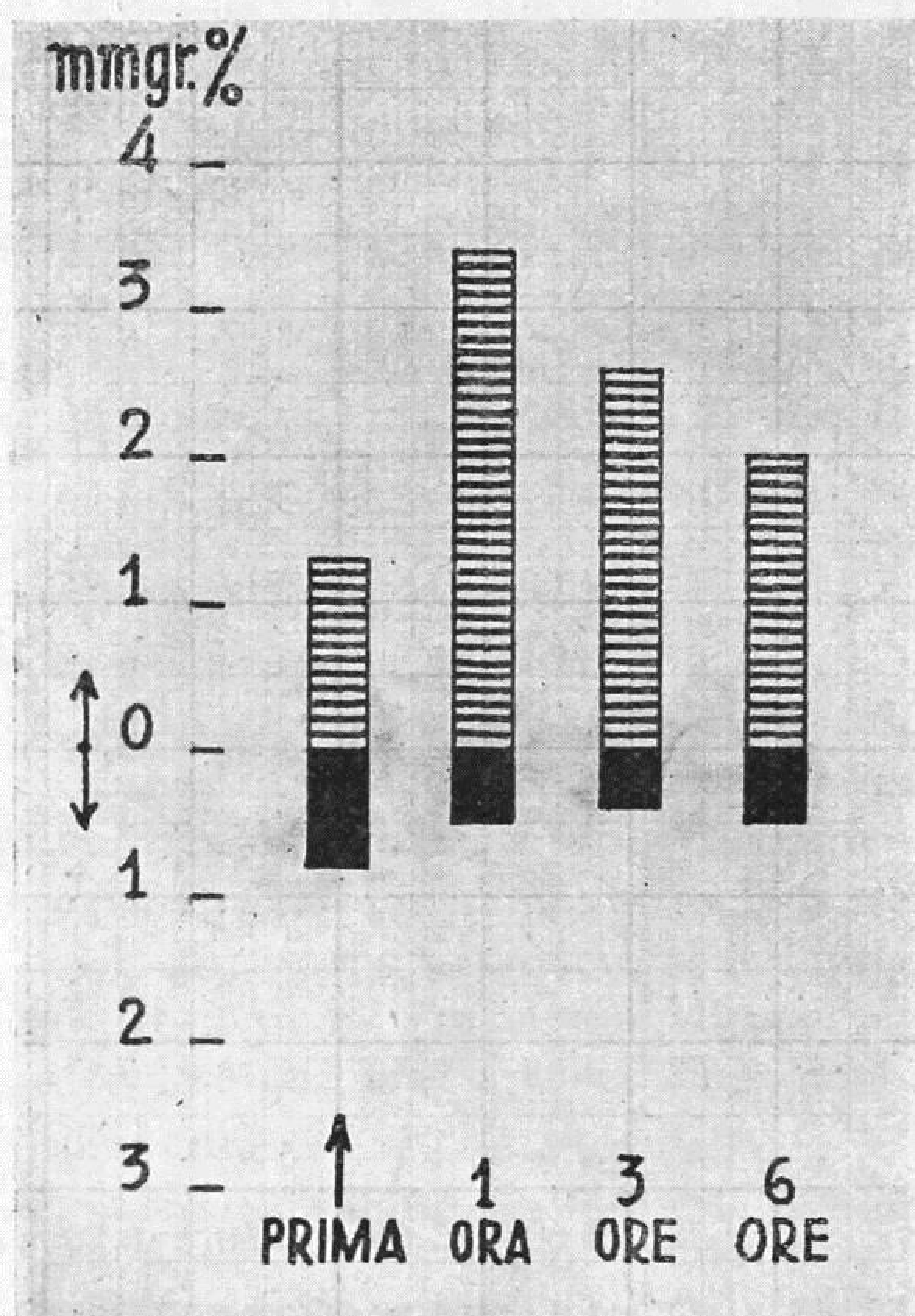
Un numero limitato di tutti questi casi caduti sotto la nostra osservazione (14) fu inoltre sottoposto alla « prova da carico di acido urico », quando non vietavano controindicazioni derivanti specialmente da grave meiopragia renale. La prova venne eseguita anche in un certo numero di soggetti normali, onde ottenere delle curve « tipo » che costituissero un punto di confronto con i soggetti patologici.

Tale prova dinamica fu effettuata con la seguente tecnica. A digiuno al mattino si iniet-

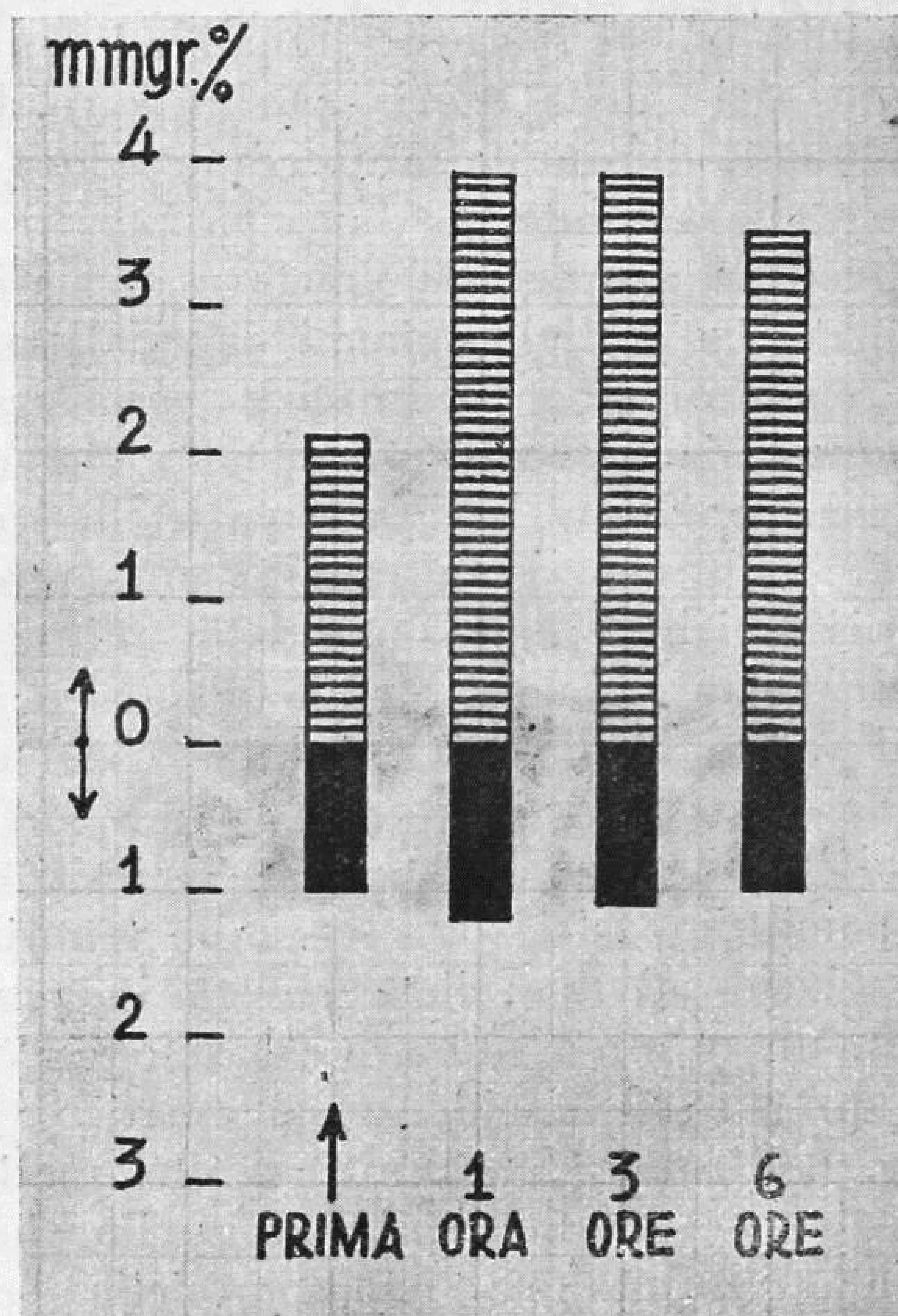
tano lentamente endovena 50 cc. della seguente soluzione di Köhler preparata estemporaneamente: Acido urico gr. 1; Glucosio gr. 1,35; Carbonato di litio gr. 0,28; acqua distillata sterile fino a 100 cc. Dopo una ebollizione di tre minuti la soluzione deve rimanere limpida, altrimenti non si procede alla iniezione.

L'uricemia veniva determinata alla prima, alla terza ed alla sesta ora dall'iniezione. Raramente questa provocò disturbi che consistevano in brivido, lieve e fugace aumento della temperatura e senso di malessere, disturbi che si dileguavano però in breve tempo senza alterare il normale andamento della curva. Oltre all'acido urico nel siero di sangue, veniva altresì determinato quello del sangue in toto, quindi quello globulare mediante la formula di cui abbiamo fatto cenno. È importante aggiungere che il paziente era tenuto a digiuno per tutta la durata dell'esperienza; dopo questa gli veniva somministrato lo stesso pasto dei giorni precedenti e ciò per non alterare il valore dell'eliminazione urinaria dell'acido urico privando l'organismo della frazione purinica esogena alimentare.

I risultati si dimostrarono assai interessanti. Nel soggetto normale abbiamo osservato che subito dopo l'iniezione endovenosa di acido urico il tasso uricemico subisce un rialzo che raggiunge il suo acme verso la prima ora con aumenti varianti da 1 a 2,50 mmgr. di acido urico per cento; quindi la curva comincia a declinare e verso la sesta ora raggiunge oppure, come abbiamo più frequentemente rilevato, si riavvicina ai valori di partenza. Nei casi invece di ipertensione nefrosclerotica (4 soggetti), si osservò che dopo la sesta ora il tasso uricemico rimase ancora al disopra del punto di partenza. Nei casi di ipertensione arteriosa sclerotica esenti da lesioni renali — almeno clinicamente apprezzabili — la curva da carico si dimostrò perfettamente sovrapponibile a quella che siamo soliti osservare nell'individuo normale, mentre in un certo numero di casi mostrò tendenza ad un certo grado di ritenzione analogamente a quanto si è osservato nei nefrosclerotici.



Curva da carico nell'iperteso sclerotico (senza ritenzione)



Curva da carico nell'iperteso sclerotico (con ritenzione)

Sulle ascisse è segnato il tempo.
Sulle ordinate l'acido urico in mmgr. determinato in valori reali.
Nelle colonne delle grafiche il segmento in tratteggio esprime l'acido urico plasmatico; il segmento in nero esprime l'acido urico globulare. (Valori assoluti riferiti all'unità di volume del sangue in toto).

Per quello che riguarda l'eliminazione uri curica dopo la prova da carico, noi abbiamo rilevato che in tutti i soggetti presi in esame la quantità di acido urico eliminato con le urine aumentò in modico grado nell'iperteso « renale », più sensibilmente nel soggetto sclerotico anziano, senza arrivare tuttavia all'eliminazione totale della scoria purinica immessa nell'organismo per l'effettuazione della pro-

va dinamica; e ciò il comportamento fu eguale a quello che noi osserviamo nel soggetto normale. Anche in quei casi in cui la curva da carico dimostrò un certo grado di ritenzione uricemica, non è stato possibile mettere in evidenza alterazione alcuna della frazione uratica eliminata.

Nella seguente tabella n. 2 sono raccolti i risultati delle prove da carico eseguite in 10 soggetti ipertesi sclerotici anziani. I valori uricemici rappresentano i valori assoluti riferiti all'unità di volume del sangue in toto, cioè corrispondono al tenore assoluto in acido urico di una unità, ad es. di 100 cc. di sangue, risultante dalla quantità contenuta nelle due frazioni plasmatica e globulare per il singolo caso.

	Tempo	Uricemia siero mmgr.	Uricemia sangue in toto mmgr.	Uricemia globulare mmgr.	Uricuria gr. ‰	Uricuria totale 24 ore
1°	prima	1,57	2,72	1,15		
	1ª ora	3,40	4 90	1,50		
	3ª ora	3,10	4 03	0 92		
	6ª ora	2,10	3,10	1 –	0 50	0.50
2°	prima	2.08	4 –	1,93		
	1ª ora	4 08	5,48	1,40		
	3ª ora	3,80	5,20	1,40		
	6ª ora	3 40	4,70	1,30	0 63	0,26
3°	prima	1.30	2,10	0,80		
	1ª ora	3,39	3.87	0,48		
	3ª ora	2 60	3 –	0,40		
	6ª ora	2 –	2,50	0,50	0,40	0 40
4°	prima	2,17	3,24	1 07		
	1ª ora	3 66	5 –	1,34		
	3ª ora	3,64	4,44	0 80		
	6ª ora	2 80	3.80	1 –	0,50	0,60
5°	prima	2 –	3,60	1.60		
	1ª ora	3 47	4.63	1,16		
	3ª ora	2 91	4 15	1,24		
	6ª ora	2,75	4 –	1.25	0,40	0,45
6°	prima	2 04	3,12	1,08		
	1ª ora	3,55	5,16	1,61		
	3ª ora	3,10	4.20	1,10		
	6ª ora	2 70	3 70	1 –	0,40	0,48
7°	prima	1,64	1 92	0.28		
	1ª ora	2 88	3.32	0,32		
	3ª ora	2,50	2 90	0,40		
	6ª ora	2 –	2.40	0,40	0 35	0.54
8°	prima	1.90	2,40	0.50		
	1ª ora	4,40	5,90	1,50		
	3ª ora	4 –	5,20	1 20		
	6ª ora	3 60	4 90	1,30	0 40	0,45
9°	prima	2,07	3,07	1 –		
	1ª ora	3,92	5.16	1,24		
	3ª ora	3,95	5,05	1,10		
	6ª ora	3,49	4,49	1 –	0 90	0 60
10°	prima	2,18	2,88	0,70		
	1ª ora	3 93	5.16	1,23		
	3ª ora	3,53	4.53	1 –		
	6ª ora	3,01	4,24	1,23	0,46	0,62

Gli ultimi tre casi hanno dimostrato un certo grado di ritenzione uricemica.

★
★★

Passando ora alla discussione dei risultati ottenuti, possiamo dire che *nei soggetti ipertesi con lesioni renali* esistono deviazioni dalla norma del metabolismo dei nucleoproteidi, consistenti in *una ritenzione più o meno spiccata di acido urico ed in un deficit corrispondente dell'eliminazione urinaria.* Il valore di questi risultati sarà trattato altrove.

Lo studio della ripartizione dell'acido urico tra il siero di sangue ed i globuli rossi ha fatto rilevare che nella maggioranza dei casi presi in esame l'uricemia globulare è più o meno sensibilmente inferiore a quella determinata sul siero, come si osserva negli individui normali. In quei pochi soggetti in cui si verificò il caso contrario, non si potè mettere in evidenza nessuna alterazione tale da riflettersi sul livello emato urinario dell'acido urico. Anche nella prova da carico l'acido urico corpuscolare rimase sempre al di sotto di quello plasmatico; alcune oscillazioni della quota globulare possono dipendere in parte dall'errore tecnico.

Nel gruppo delle ipertensioni arteriose associate a deviazioni metaboliche tipo obesità, diabete, « artritismo » più o meno schietto, esistono anche turbe discrete ma nette del bilancio purinico, che concorrono così a porre in luce un complesso sui generis di alterazioni funzionali e metaboliche: ma questo, come abbiamo accennato in principio, sarà oggetto di un'altra trattazione.

Al contrario *nessuna modificazione uricemica nè uricurica importante è stata osservata nei soggetti ipertesi con note diffuse di sclerosi vasale,* di regola in età senile, senza lesioni renali nè metaboliche. Tuttavia la lieve ritenzione uricemica che la prova dinamica ha messo in rilievo in alcuni di questi casi, può essere verosimilmente riportata ad un discreto interessamento sclerotico del filtro glomerulare renale clinicamente latente.

Questa nostra ipotesi è concorde con le nozioni anatomo-funzionali sul rene senile espresse al Congresso di Medicina Interna del 1937 dal Bastai, il quale avrebbe anche dimostrato che nella senilità i tessuti possono acquistare un certo grado di « uratofilia »; inoltre anche il Della Maggiore nella nostra Scuola, con uno

studio parallelo in questo campo stesso di ipertesi sclerotici anziani ha rilevato un certo grado di minorazione della funzionalità renale esplorata con il metodo di Rehberg. Noi pensiamo dunque che la prova da carico di acido urico — tenuto conto della tolleranza individuale — possa essere considerata come una sensibile prova di esplorazione funzionale del rene, specie in quei casi in cui la lesione del filtro glomerulare sia latente o tale da non essere svelata con i metodi più correntemente usati.

A questo proposito devo dire che anche nel congresso sulla Gotta e sull'Acido urico tenuto nel 1935 a Vittel, il Meersseman aveva intravisto l'interesse clinico di una uricemia aumentata nei soggetti albuminurici ed ipertesi non « renali », come mezzo per scoprire incipienti gradi di insufficenza renale. Però tale Autore si era solamente limitato alla prova statica, senza fare alcun cenno di quella dinamica.

Da questo primo studio di orientamento sopra il livello ematico-urinario dell'acido urico negli ipertesi, ci sentiamo autorizzati a concludere come segue:

1) nel gruppo degli ipertesi con manifeste lesioni renali esistono più o meno gravi deviazioni dalla norma del bilancio purinico, consistenti in uno stato di ritenzione uricemica con parallela diminuzione del tasso uricurico.

2) Nel gruppo degli ipertesi floridi presclerotici, con facile associazione di obesità o diabete o « artritismo », esistono anche turbamenti discreti del ricambio dell'acido urico, la cui patogenesi è totalmente diversa da quella che determina la ritenzione uricemica negli ipertesi nefropatici.

3) Negli ipertesi anziani arteriosclerotici non si osservano gravi turbe del bilancio purinico se non in grado lieve, sostanzialmente riconducibile a minorazione latente della funzione renale.

4) Si riconferma il significato della prova da carico d'acido urico quale indice della funzione renale, come manovrà esplorativa sensibile a deficenze ancora lievi o latenti della capacità emuntoria dell'organo.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato in un gruppo (40) di ipertesi il tasso uricemico e quello uricurico sia da un punto di vista statico che dinamico (prova da carico). Le maggiori modificazioni dell'equilibrio emato-urinario dell'acido urico sono state rilevate nell'iperteso « renale » e nell'iperteso florido dismetabolico, con un meccanismo patogenetico diverso.

Nel soggetto iperteso sclerotico anziano le deviazioni dalla norma di questo equilibrio si sono dimostrate ben più scarse, ma tuttavia di un certo interesse particolare.

BIBLIOGRAFIA

ANTOGNETTI L. *Le ipertensioni arteriose*. Vallardi, Milano, 1930.
BASTAI e DOGLIOTTI. Atti XLIII Congr. Soc. Med. Interna. Pozzi, Roma, 1937.
BATTISTINI e QUAGLIA. Arch. Sc. Med. Vol. LXII, fasc. IV, 1936.
ID. Arch. Sc. Med. Vol. LXIII, fasc. I, 1937.
BROCHNER-MORTENSEN. Acta Med. Scandinavica. Supplem. LXXXIV, 1937.
BROCHNER-MORTENSEN. Acta. Med. Scandinavica. Vol. XCVI, fasc. V-VI, 1938.
CARRIÈRE e HURIEZ. *Le sang des hypertendus*. Paris, 1936.
DELLA MAGGIORE. Cuore e Circolazione, anno XXII, 1938.
GREPPI. Arch. Mal. Ric., anno IV, fasc. VI, 1936.
GUILLAUMIN e WEIL. Citato da MARCOLONGO e MAESTRI.
JACOBY ed HELENE. Biochem. Zeitschr., 234, 46-53, 1931.
MARCOLONGO e MAESTRI. Clinica Med. Ital., anno LXVI, n. 4, 1935.
ID. Policlinico, Sez. Med., anno XLII, 1935.
MEERSSEMAN. Congrès de la Goutte et de l'Acide Urique. Vittel, 1935.
KRAUSS. Deut. Arch. kl. Med., 138, 1922.
STEFFANUTTI. Minerva Medica, n. 50, 1932.
USSEGLIO e CERESA. Minerva Medica, anno XXIV, vol. II, n. 44, 1933.
ID. Arch. Sc. Med., vol. 58, n. 13, 1934.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto di Clinica Medica e Terapia Medica della R. Università di Palermo.

Pneumonite allergica da puntura di cisti d'echinococco.

Dott. Giuseppe D'Alessandro, assistente.

Le manifestazioni allergiche da rottura o puntura di cisti di echinococco sono ben note (1). Tuttavia l'esposizione di questo caso, in vista dell'eccezionalità del quadro morboso e della particolare situazione allergica del soggetto, può offrire qualche interesse.

C. Giuseppe, di anni 18, muratore, celibe da Palermo.

Nulla di notevole ci segnala l'anamnesi familiare e personale remota. È arrivato a 18 anni di età senza malattie di qualche importanza. La malattia attuale risale a due mesi prima dell'ingresso in clinica, ed inizia senza prodromi in apparente benessere. In seguito a perfrigerazione l'infermo ebbe brivido, poi febbre (38°) e dolore gravativo alla base dell'emitorace destro. Dopo alcuni giorni, per il persistere del dolore e della febbre fu indotto a consultare un medico che riscontrò un versamento pleurico destro e praticò una puntura esplorativa che diede esito a liquido citrino con caratteri di essudato. Fu quindi ricoverato nell'Ospedale Civico, dove venne praticata toracentesi ed iniziato un trattamento di calcio per via venosa. Fu dimesso dopo 24 giorni, migliorato. Perdurava però febricola e dolore toracico con qualche colpo di tosse secca. Continuò in queste condizioni per una ventina di giorni. Fu poi colto nuovamente da brivido, seguito da rialzo termico di 39°. Consultò un altro medico che praticò una seconda toracentesi, e dopo 5 giorni venne ricoverato in clinica.

E. O.: È un longitipo in condizioni di nutrizione generale piuttosto scadenti. I fatti obbiettivi sono limitati all'apparato respiratorio.

Torace di forma cilindro-conica, lievemente asimmetrico per prevalenza della metà destra. Negli atti del respiro tutto l'emitorace destro si espande meno del sinistro, specie in alto. La resistenza è aumentata alla base destra. Il f.v.t. è indebolito nella regione sottoclavicolare ed ascellare destra: posteriormente si attenua progressivamente dall'angolo della scapola in giù, fino ad essere appena apprezzabile alla base: è normale sul resto dell'ambito. La percussione dà: a sinistra suono chiaro polmonare; a destra: posteriormente, zona di ipofonesi che inizia nel 7° spazio e si accentua con senso di aumentata resistenza fino alla base. Il confine superiore di tale zona ha il suo punto più in alto in corrispondenza dell'ascellare posteriore e discende poi in avanti.

La percussione praticata anteriormente a destra fa mettere in rilievo un'area di ipofonesi di forma ovalare che si estende nel senso del suo diametro verticale maggiore dal 2° al 4° spazio intercostale, mentre trasversalmente è compresa fra le linee emiclaveare ed ascellare media: il grado dell'ipofonesi su questo ovoide è ineguale: il suono di percussione nel 3° e nel 4° spazio intercostale è francamente ottuso. Il respiro è indebolito considerevolmente alla base destra e nella descritta zona di ipofonesi antero-laterale; normale sul resto dell'ambito.

L'esame degli altri organi ed apparati non fornisce rilievi di interesse. Prima di sottoporre il paziente all'esame radiologico si procede a toracentesi: si estraggono 300 cc. circa di liquido citrino leggermente torbido, con caratteri netti di essudato; nel sedimento discreta quantità di leucociti (in parti eguali polinucleati neutrofili e linfociti) ed il versamento è sostituito con un terzo di gas.

L'esame radioscopico del torace fa rilevare a destra una opacità di forma regolarmente ovoidale, della grandezza di una grossa arancia che è sita nel lobo medio e occupa porzione del superiore. Al disotto di tale immagine rotonda si nota intensa reazione pleurica con scomparsa della linea diaframmatica e del seno. L'opacità pleurica vieta di seguire la porzione inferiore dell'immagine rotonda.

Dati i reperti dell'esame diretto e di quello radiologico, in base ai quali il sospetto di una cisti di echinococco del polmone risulta fondato, si procede ad una indagine anamnestica più accurata, dalla quale non risultano però altri elementi: mai disturbi dell'apparato respiratorio, mai orticaria, mai prurito e manifestazioni anafilattiche in genere.

Gli esami del sangue dànno: gl. rossi 4; bianchi 5600; formula leucocitaria: neutrofili 69 %, linfociti 27 %, monociti 4 %; Wassermann, Meinicke e Citochol: negative.

Il saggio intradermico di Casoni praticato nel braccio destro con liquido cistico bovino (senza aggiunta di antisettici) è negativo. Negativa è pure la reazione di fissazione del complemento con liquido idatideo secondo Ghedini e Weinberg.

La negatività dell'anamnesi rispetto a precedenti manifestazioni anafilattiche del soggetto, sommata ai reperti pure negativi della Casoni e della Ghedini e alla assenza di eosinofilia, ci inducono ad eseguire senza soverchio timore una puntura esplorativa che viene praticata previa somministrazione di calcio e di efedrina, due giorni dopo l'esecuzione della Casoni, nel IV spazio intercostale, lungo l'ascellare anteriore.

Introdotto l'ago per 2 cm. di profondità, si cade nella cisti e si estraggono 8 cc. di liquido di aspetto di acqua di rocca, nel cui sedimento si trovano i caratteristici uncini dell'echinococco.

Chiarita così definitivamente la natura cistica dell'immagine rotonda del polmone, viene in discussione il significato della pleurite essudativa destra. A noi sembra, considerato l'esordio acuto in seguito a causa perfrigerante e le caratteristiche cliniche e di decorso della affezione che guarisce con esito in sinfisi pleurica nello spazio di circa due mesi, che essa

*

debba essere intesa come un episodio a sè stante, in rapporto indiretto con l'affezione cistica del polmone.

Decorso: nelle prime ore che seguono alla puntura l'infermo non accusa disturbo alcuno e fino alle ore 18 non presenta nulla di notevole. La temperatura che nei giorni susseguenti all'ingresso in clinica si è mantenuta nei limiti di una febricola, è di 37°. Il giorno seguente lo troviamo invece febbricitante (38,5) e un po' depresso. Riferisce che il giorno avanti verso le ore 20, fu colto da brivido intenso seguito da febbre alta (39°); contemporaneamente aveva notato dolore all'emitorace destro, qualche colpo di tosse secca, e lieve senso di malessere. Malgrado questi fatti ha potuto dormire durante la notte.

All'esame obbiettivo: polso 100, ritmico; pressione 110/80. Respiro tranquillo ma aumentato di frequenza (28). Al torace: nel terzo postero-inferiore dell'emitorace destro e nella regione ascellare d. fremito toraco-vocale rinforzato, suono di percussione ottuso senza aumento di resistenza; all'ascoltazione: respiro bronchiale netto e rantoli a piccole bolle consonanti, in ed espiratori.

L'esame attento della cute allo scopo di rilevare eventuali manifestazioni di tipo urticarioide è negativo. Invece nella regione volare del braccio destro, nel luogo dove due giorni prima era stata praticata la intradermoreazione di Casoni, si nota una zona intensamente eritematosa, con centro al punto di iniezione ed estendentesi per 5 cm. in senso trasversale e 5 in senso verticale.

Un esame radioscopico allora praticato fa rilevare una tenue zona di opacità che circonda la porzione superiore della cisti, i cui contorni appaiono meno netti. Le condizioni del lobo inferiore sono difficilmente valutabili a causa della menzionata reazione pleurica.

In vista di questi fatti si inizia un trattamento autoemoterapico e si continua la somministrazione di calcio per via venosa e di efedrina per os.

La temperatura si mantiene elevata fino alla sera del giorno seguente: le condizioni generali perdurano buone, il reperto toracico è immodificato. nessun altro fatto nuovo da segnalare. Un conteggio di leucociti da 7000: la formula praticamente invariata, senza aumento di eosinofili; nulla di anormale all'esame delle urine. Nell'escreato che viene emesso in scarsa quantità non si riscontrano eosinofili.

La sera del 13 (secondo giorno dopo la puntura) la temperatura tocca il massimo di 39°: il reperto toracico è un po' modificato: il soffio bronchiale è meno netto. La temperatura cade criticamente durante la notte. Al mattino l'infermo è euforico; temperatura 36,5, polso 90, respiro 20. All'esame dell'apparato respiratorio: il respiro da bronchiale è divenuto lievemente soffiante, si ascoltano numerosi rantoli a piccole e medie bolle poco sonori, il suono di percussione si è considerevolmente rischiarato; il fremito è normale.

Lo stesso giorno vengono eseguite 3 intradermoreazioni, con liquido cistico umano e bovino e con lo stesso liquido estratto dal soggetto con la puntura: la reazione è quasi istantanea, con tipica formazione ponfoide fortemente pruriginosa e zona di eritema alla periferia: dopo circa due ore i ponti regrediscono e lasciano posto all'eritema che si attenua gradatamente fino a scomparire il giorno seguente. L'entità della reazione è eguale per i tre liquidi cimentati.

La reazione di Ghedini-Weinberg eseguita pure lo stesso giorno dà risultato leggermente positivo.

Il 16 febbraio le condizioni generali migliorano ancora: il respiro è vescicolare, i fatti umidi sono in netta diminuzione. Questo episodio polmonare è dunque superato in poco più di due giorni e pare che tutto sia finito.

La sera del 17 l'infermo accusa però nuovamente brivido intenso seguito da febbre (39°) e malessere. Durante la notte ha tosse ed emette in varie riprese circa 100 cc. di escreato sieroso, scarsamente purulento. Non membrane cistiche. L'indomani: polso 100, temperatura 38,5, respiro 24. L'ascoltazione del torace fa rilevare a destra nella regione sopraspinosa e su una zona compresa fra le linee ascellare posteriore ed angolo-scapolare all'altezza del 7° e 8° spazio, respiro soffiante e numerosi rantoli a piccole e medie bolle consonanti. Le condizioni generali e locali non si modificano nei giorni seguenti: continua l'emissione dell'escreato coi caratteri riferiti, ma in quantità minore. La febbre assume un carattere remittente. Il 20, i fatti polmonari sono in considerevole diminuzione; lo escreato è emesso in quantità assai più scarsa, ed è ora mucopurulento; anche la temperatura declina e si trascina con punte che sfiorano i 38° fino al 26, dopo il quale giorno l'infermo è stabilmente apiretico. Il reperto toracico ritorna quale fu riscontrato all'ingresso: il versamento pleurico si è riassorbito. Un esame radiologico conferma il ritorno alle condizioni primitive; la opacità pleurica è meno intensa. Unico fatto da notare è il prurito che l'infermo accusa dal 24 al 27. In questo giorno la formula leucocitaria dà il 4 % di eosinofili.

L'ammalato è tenuto in osservazione ancora 15 giorni, dopodichè, non essendo il pneumotorace indicato per la posizione iuxtaparietale della cisti, si propone l'intervento chirurgico che viene rifiutato.

L'infermo lascia quindi la clinica.

La storia di questo caso ferma l'attenzione sopra due ordini di fatti, e cioè da un lato le manifestazioni a carico dell'apparato respiratorio, che devono a loro volta essere distinte in due episodi diversi, e dall'altro il comportamento e l'evoluzione dello stato allergico del soggetto.

Il primo episodio polmonare presenta caratteri clinici che ripetono quasi perfettamente, tranne la limitazione non lobare, quelli di una polmonite franca: brivido iniziale, dolore toracico, febbre elevata, reperto toracito caratteristico con rinforzo del f. v. t., ottusità, soffio bronchiale con rantolini consonanti; reperto cui corrisponde il quadro radiologico di tenue opacità a sede pericistica. Caratteristica essenziale di questo processo è la estrema brevità di decorso dell'affezione che insorge e si spegne in uno spazio di tempo di poco maggiore di due giorni, condizione quest'ultima che in processi pneumonici di altra natura, che decorrano con quadro obbiettivo analogo, è per lo meno estremamente rara.

Il secondo episodio, che si innesta al primo

dopo due giorni di benessere in apiressia, inizia con fatti a tipo edematico, con emissione di copiosa quantità di escreato sieroso (sì che in principio si era dubitato dell'eventuale rottura della cisti), e si continua poi con quadro clinico contrassegnato dalle caratteristiche obbiettive dei due focolai bronco-pneumonici a sede pericistica, e dal decorso febbrile irregolare della durata di 10 giorni.

Ora non c'è dubbio che sia l'origine come la natura dei due episodi polmonari, i quali per quanto insorti non contemporaneamente, ma successivamente a breve distanza di tempo, devono essere insieme considerati come esponenti di un medesimo processo, stiano in rapporto diretto con la puntura della cisti con spandimento di liquido nel tessuto polmonare. Non è possibile cioè rifiutare l'esistenza di un nesso causale fra puntura e fatti polmonari sol che si rifletta al rapido instaurarsi del processo pneumonico successivamente alla puntura; ma occorre ancora considerare che l'inizio delle manifestazioni polmonari segna nello stesso tempo, come verrà meglio documentato più innanzi, l'inizio di una fase nuova nella situazione allergica dell'individuo, e vanno tenute presenti infine le peculiarità cliniche dei due processi, rappresentate dalla estrema brevità del primo e dall'esordio edematoso del secondo.

Per questi motivi non crediamo si possa dubitare della natura allergica delle manifestazioni polmonari: che esse rientrino cioè nel dominio dell'infiammazione allergica (Rössle).

Ora sulla esistenza e la definizione di questa ultima non è necessario dilungarci, poichè oggi il fattore allergico ha ampio riconoscimento e diritto di cittadinanza insieme alle altre cause più frequenti di infiammazione, ed è pure ammesso che nella sua estrinsecazione la forma allergica possa non differire sostanzialmente, a giudizio dello stesso Rössle, dai quadri più comuni di infiammazione sostenuti da altri processi. Ci sembra ad ogni modo che le caratteristiche cliniche delle manifestazioni polmonari nel nostro soggetto, depongano per una fisionomia particolare del processo anatomo-patologico (infiammazione sierosa); possibilità questa che trova appoggio nella sorprendente rapidità di insorgenza e di evoluzione del primo episodio e nell'inizio a carattere edematico del secondo.

Varrà forse ricordare a questo proposito, in tema di alterazioni provocate da fattori allergici o comunque assimilabili all'allergia, che l'interessante caso di ittero postsierico recentemente descritto da Caroli (2) aveva come fondamento anatomo-patologico un'alterazione epatica che sotto molti aspetti ricorda quelle che sono date siccome caratteristiche dell'infiammazione sierosa.

Definiti così dal punto di vista clinico ed eziologico i due episodi, possiamo ora esaminare la posizione che ad essi spetta nel quadro delle manifestazioni anafilattiche successive allo spandimento di liquido idatideo.

I fatti polmonari nell'anafilassi idatidea per rottura o puntura della cisti, come con minore frequenza in altre manifestazioni allergiche ad andamento acuto, non sono eccezionali. Al contrario essi costituiscono una manifestazione quasi di obbligo nel corteo sintomatico degli incidenti di una certa entità.

La dispnea, i fatti congestizi con ingombro delle vie respiratorie, e finalmente come manifestazione più clamorosa e temibile, l'edema polmonare acuto sono appannaggio delle forme più gravi.

Ben diverso ci sembra però il significato delle lesioni polmonari nel nostro caso, per quanto anche esse determinate dal medesimo fattore allergico. Ed infatti mentre le prime altro non rappresentano se non una manifestazione parziale, estrinsecantesi a livello dell'apparato respiratorio, di uno stato anafilattico generalizzato, che trova nel distretto polmonare un reattivo assai sensibile, le alterazioni insorte nel nostro infermo, hanno invece carattere di *fenomeno assolutamente delimitato e circoscritto alle zone polmonari pericistiche, scompagnato da qualsivoglia altra manifestazione anafilattica di altro distretto organico*.

Questa affermazione si fonda sopra un fatto obbiettivo a mio avviso di decisivo valore, *quale è l'assoluta mancanza di compartecipazione*, sia pure grossolana o soltanto bronchiale, al processo da parte dell'altro polmone.

E' chiaro dunque che ci troviamo in presenza di un quadro, a nostra conoscenza non osservato o per lo meno certamente non descritto, almeno come manifestazione della allergia idatidea, di anafilassi puramente locale, decorrente con fisionomia clinica di polmonite e di broncopolmonite pericistica.

Ed invero tutti i dati da noi raccolti prima della puntura della cisti nell'intendimento di indagare sullo stato allergico del soggetto: intradermoreazione di Casoni, Ghedini-Weinberg eosinofilia, erano negativi: e pure negativa era l'anamnesi rispetto a precedenti riferibili a fatti di ipersensibilità generale. Il maggior peso deve essere dato fra questi elementi negativi alla risposta della Casoni. In verità i pareri sul valore di questa prova sono tutt'altro che concordi: fatto che d'altronde non sorprende, per-

chè sorte comune della maggior parte dei procedimenti diagnostici fondati sull'applicazione di fenomeni immunitari. Per la Casoni è il concetto di specificità che ha subito le maggiori traversie. Ma su questo punto ci pare che una distinzione dovrebbe farsi fra specificità intesa in senso clinico e specificità in senso biologico. Così, non erra la Casoni quando il risultato è negato in un soggetto affetto da cisti di echinococco se esso non è ipersensibile al liquido idatideo, nè erra quando è positivo in assenza di echinococcosi se il soggetto è ipersensibile ai prodotti di altre tenie, la reazione positiva avendo significato di reazione di gruppo. Ma è pure evidente che tradotte in linguaggio clinico queste risposte significano fallacia del metodo.

Però nel nostro caso è da valutare piuttosto l'importanza ed il significato dell'esito negativo. E qui l'interpretazione è meno controversa perchè la negatività di questa prova, che pecca, come recentemente si sono espressi Sergent e Fourestier (3) più per eccesso che per difetto, è testimone della mancanza di ipersensibilità generale al liquido idatideo.

Nello stesso senso parlano l'anamesi, le altre prove di laboratorio ed infine il non verificarsi di manifestazioni allergiche al di fuori delle regioni polminari pericistiche, in seguito alla puntura. Non c'è dubbio perciò che le alterazioni stabilitesi nel nostro soggetto, sono espressione di *una reazione allergica perifocale estrinsecantesi a livello del polmone ospite del parassita, cioè di anafilassi locale o tissulare*.

Naturalmente non abbiamo dati per individuare le cause che hanno reso possibile una delimitazione così netta dell'allergia: diciamo solo che la possibilità dell'anafilassi locale regionale, o di organo, è stata da tempo dimostrata e da questo punto di vista i fatti da noi osservati si inquadrano bene nel dottrinale acquisito in questo campo.

Ma con l'insorgenza dei fatti polmonari un cambiamento si è verificato nella situazione allergica dell'individuo. La prima e più rilevante manifestazione del nuovo stato di cose è il verificarsi di una ampia zona di eritema nel luogo dove due giorni prima era stato inoculato con esito negativo del liquido di cisti d'echinococco.

Qual'è la spiegazione di questo fatto?

Qui le cose stanno diversamente da quelle che sussistono nei non eccezionali esempi di riaccensione o reviviscenza di saggi intracutanei in condizioni sperimentali o naturali; per restare nel campo dell'allergia idatidea riferiamo il seguente, occorso di recente alla nostra osservazione.

In un soggetto affetto da cisti di echinococco del polmone e che ha presentato in passato eruzioni di eritema urticato si pratica l'intradermoreazione di Casoni con esito nettamente positivo. La reazione si spegne gradualmente fino a non lasciar traccia. Alcuni giorni dopo, il soggetto accusa prurito e presenta rare (3-4) manifestazioni ponfoidi. Una di queste è indovata precisamente nel punto dove era stata praticata la Casoni. In questo caso si tratta certamente di una riaccensione della reazione ed il fatto molto verosimilmente ha il suo determinismo in una acquisita maggiore sensibilità della zona di cute trattata, con conseguente più facile risposta allo stimolo allergico, che ha occasionato la crisi di urticaria. Nel meccanismo del fenomeno probabilmente entra pure in gioco l'attrazione dell'antigeno nel focolaio ipersensibile, e a questo proposito ricordiamo per la loro analogia alcune osservazioni (riaccensione di intradermoreazioni in seguito alla somministrazione per via orale dell'antigeno) riferite da M. Ascoli al Congresso Volta 1935.

Ben diversa deve essere però la spiegazione nel caso nostro: ed infatti non si può parlare di riaccensione perchè la Casoni era negativa in precedenza. Ora è evidente che la negatività della prova è da riferirsi all'assenza di anticorpi, poichè l'altro elemento della reazione, l'antigeno, fu fornito da noi in quantità certamente sufficiente.

Il fenomeno dell'accensione della Casoni si spiega unicamente a parer nostro, con l'ammettere una improvvisa immissione in circolo di anticorpi: fatto che è del resto denunziato e documentato dall'esito positivo delle nuove prove di Casoni e dall'esito pure positivo per quanto scarso della Ghedini. Si capisce del pari, che solo la zona di cute trattata e sensibilizzata risponda al nuovo stato umorale con una tipica reazione.

Se vogliamo indagare sulle cause che hanno determinato tale improvviso mutamento dell'allergia, vediamo che due possibilità di interpretazione si offrono: la prima si fonda sul fatto già noto, ma documentato dalle apposite ricerche di Sergent e Fourestier, che una inoculazione intradermica di liquido cistico a scopo diagnostico può in un terzo dei casi sensibilizzare un soggetto sano, come è denunziato dall'esito positivo di prove successive praticate a distanza di tempo (in media 15 giorni). Però questa spiegazione ci sembra inammissibile per la estrema brevità dell'intervallo di tempo occorso fra i due fenomeni. E invece la coincidenza dell'instaurarsi delle manifestazioni polmonari con l'accendersi della reazione di Casoni ci rende propensi ad avanzare un'altra possibilità; che la sorgente degli anticorpi

umorali sia il tessuto polmonare allergico, dal quale improvvisamente, per ragioni che più innanzi discuteremo, sono distaccati e immessi in circolo: *si tratterebbe perciò non della creazione di uno stato allergico, ma piuttosto dell'improvviso passaggio di una immunità (allergia) da locale in generale.*

Un tale improvviso mutamento è in realtà, a prima vista, sorprendente. Tuttavia la ricerca offre esempi di fatti che presentano con quelli in discussione analogia suggestiva. Ci riferiamo alle interessanti ricerche di Magrassi (4) sulla immunità locale: con l'iniezione intradermica di piccole quantità di anatossima difterica, questo autore è riuscito a conferire all'animale una immunità potenziale che non si tradisce nè attraverso un aumento dell'antitossina nel sangue, nè attraverso modificazioni della sensibilità dei tessuti allo antigeno. « Ma è sufficiente uno stimolo assolutamente minimo (un millesimo della dose minima letale della tossina) che serve da reiniezione scatenante, perchè nell'organismo un istato di immunità potenziale si abbia un rapido passaggio a una immunità attuale con comparsa di abbondanti anticorpi in circolo ».

Il Magrassi dimostra inoltre che se lo stimolo antigeno viene esercitato sopra un unico punto della cute, « la presenza nell'organismo della zona di cute pretrattata è assolutamente indispensabile in alcuni casi, in altri per lo meno molto utile, ... affinchè si verifichi in esso il passaggio, in seguito ad un'unica od anche a ripetute reiniezioni scatenanti dallo stato potenziale allo stato attuale della immunità; e ciò non solo, ma la formazione degli anticorpi antitossici è anche molto più rapida ed abbondante, se la reiniezione scatenante viene eseguita nel punto della cute preparata con anatossina... ».

La analogia fra i dati dell'esperimento, che documenta la possibilità di un improvviso passaggio dall'immunità locale in generale e quelli clinici da noi illustrati, è evidente. Nel nostro soggetto, il parenchima reso allergico, presumibilmente in rapporto alla permeazione di piccole quantità di liquido è l'equivalente della zona di cute protratta, a cui gli anticorpi restano ancorati finchè un nuovo fattore non viene a turbare l'equilibrio, rendendo possibile il distacco ed il passaggio in circolo di essi. Ed anche nei riguardi della precisazione del fattore capace di assumere la funzione di reiniezione scatenante ci pare che i dati delle ricerche del Magrassi, più che una analogia rappresentino quasi un anticipo confermativo. sperimentale. Ci pare infatti che esso debba essere senz'altro individuato nella puntura della cisti con successivo spandimento di liquido nel parenchima polmonare: fatto che ha il valore ed il significato di una reiniezione scatenante praticata appunto a livello della zona « preparata ».

Tuttavia non si può escludere che anche altre condizioni possano avere avuto almeno parte nel determinismo di questo fenomeno. Infatti anche la prima iniezione di liquido cistico a scopo diagnostico potrebbe essere presa in considerazione, ed infine le stesse alterazioni infiammatorie, considerate in sè e per sè, del tessuto polmonare.

In realtà un eventuale vicendevole influenzamento di questi fattori non può essere ragionevolmente negato. E del resto è forse verosimile che la iniezione scatenante operi in definitiva attraverso le modificazioni indotte nel tessuto sensibilizzato. Tuttavia come abbiamo detto, anche in considerazione della suggestiva e significativa coincidenza, fra puntura, alterazioni polmonari e manifestazioni allergiche, ci sembra che fattore se non unico, almeno preponderante sia la puntura della cisti.

Un altro elemento che deve essere preso ancora in considerazione per l'eventuale, e d'altronde difficilmente precisabile, influenza sullo svolgimento della fenomenologia presentata dal nostro soggetto, è la terapia antiallergica istituita al cominciare delle manifestazioni polmonari.

Pervenuto in Redazione il 30 settembre 1938.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di pneumonite da puntura di cisti d'echinococco del polmone, in cui all'esordire delle manifestazioni polmonari corrisponde un improvviso viraggio dell'allergia locale (polmonare) in generale.

Segnala l'interesse che l'osservazione può offrire per la eccezionalità della sintomatologia clinica, per la caratterizzazione e la precisazione clinica dello speciale tipo di alterazioni polmonari su base allergica, ed infine per i rapporti con la dottrina dell'allergia in generale e nella fattispecie idatidea, nel quale senso questa osservazione viene ad individuare un fatto clinico finora non descritto e ad illuminarne gli stretti rapporti con alcune osservazioni sperimentali di Magrassi sull'immunità locale.

BIBLIOGRAFIA.

1) Frugoni e Melli in Ceconi e Micheli. Medicina Interna, vol. VI, 1936.
2) Caroli J. Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1938, n. 4.
3) Sergent e Fourestie. Riforma Medica, 1938, n. 4
4) Magrassi F. *L'immunità locale e tissurale*. Ist. Sierot. Milanese, 1935.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DI SUZZARA.

Il piombaggio extra pleurico temporaneo nella cura dell'ascesso polmonare. Presentazione di due ammalati operati e guariti. (1)

FABIO STOCCADA
libero docente e primario chirurgo direttore.

Il 25 aprile 1935 in una comunicazione alla società medica chirurgica di Mantova trattai estesamente della eziologia, patogenesi, anatomia patologica, sintomatologia, diagnosi, prognosi e cura dell'ascesso polmonare riferendo di due donne operate di pneumotomia in un tempo e guarite. A proposito della cura, ricordai che lo scollamento pleuro parietale con piombaggio alla paraffina, attuato su larga scala dal Sauerbruch, aveva fatto scendere di molto la mortalità. Infatti questo modo di procedere è abitualmente il primo tempo della cura chirurgica; escluso il pericolo dell'inquinamento del cavo pleurico per l'obliterazione determinata dalla compressione, si passa dopo circa tre settimane alla apertura dell'ascesso. Trattando poi della collassoterapia in generale, dissi che se essa può sembrare un errore; un ascesso non si cura comprimendolo ma aprendolo, in rari e ben scelti casi sono state registrate delle guarigioni. È noto, come in altri campi della chirurgia atti operativi a prima vista irrazionali hanno resistito alla critica, per aver l'esperienza dimostrato la loro indiscutibile efficacia.

I malati che presento oggi con numerose radiografie, furono operati di resezione costale sottoperiostea (tre coste) e vasto scollamento pleuro-parietale con successivo piombaggio alla paraffina chirurgica, che fu tolto dopo 20 giorni, tosto che la cavità suppurante tendeva a restringersi e sostituito con zaffo iodoformico a mano a mano meno stipato fino alla guarigione. A mio modo di vedere il metodo è preferibile al piombaggio stabile usato dal Donati e Miani, perchè evita l'inconveniente di lasciare sotto le parti molli del torace un corpo estraneo non sempre bene tollerato.

Certamente non tutti i casi si prestano. Almeno dalla mia esperienza la collassoterapia temporanea è indicata quando l'ascesso è situato nella parte alta del polmone (indipendentemente dal sistema di cura applicato, l'ascesso della base sarebbe gravato di una prognosi più severa), bisogna inoltre che la parete ascessuale sia sufficientemente cedevole, la cavità non troppo superficiale, altrimenti vi è il pericolo nella manovra del distacco, di rompere lo strato fibroso limitante. Condizione indispesabile poi è che l'ascesso comunichi con un bronco. Inutile aggiungere che chiave dell'intervento è la esatta localizzazione fatta dal radiologo, rappresentando essa l'unica guida sicura. Il piombaggio inoltre come avvertono il Miani e il Ragnotti, deve essere regolarmente omogeneo e comprimere con azione elettiva sul focolaio suppurante, senza rendere atelectasica una zona troppo vasta di polmone.

I casi che presento hanno molti punti di contatto. Sono due uomini di 34 anni nel fiore dell'età e dell'efficienza lavorativa che mi furono affidati dal dott. E. Martinelli di Motteggiana proprio all'inizio della malattia, della quale potei col controllo radiologico seguire tutte le tappe. In tutti e due l'ascesso era solitario nel polmone d. in uno al lobo superiore e parailare nell'altro. La malattia si iniziò con febbre e dolore puntorio costale come nella polmonite franca e fin dall'inizio l'espettorato era putrido e purulento per la prevalenza dei piogeni e saprogeni sul pneumococco, come rivelò l'esame batterioscopico. Entrambi rifiutarono l' intervento proposto dopo due settimane e accettato nella quinta, quando videro l'inefficacia della cura medica a base di vaccino polivalente, iniezioni endovenose di alcool ed espettoranti. Il decorso postoperatorio è stato ottimo e la guarigione, che persiste ormai da circa due anni, può ritenersi definitiva. Un eccessivo ritardo, qualora non fosse capitato anche di peggio, avrebbe potuto condurre alla piosclerosi che spesso impone una lobectomia.

Meditino i sostenitori della cura medica ad oltranza sulle parole veramente ammonitrici del Cesa Bianchi: « nell'ascesso polmonare si trovano associati due processi morbosi fondamentali, la necrobiosi che dà origine al focolaio primitivo, la sclerosi che ha il punto di partenza dalla parete dei bronchi e dei vasi colpiti. È questa intima associazione di lesioni necrobiotiche e sclerosanti a carattere progressivo, che conferisce all'ascesso polmonare il suo carattere evolutivo, la scarsa o nessuna tendenza alla guarigione spontanea ».

Scorrendo i contributi chirurgici italiani di questo triennio vedo delinearsi la tendenza a ricorrere al piombaggio permanente alla pa-

(1) Comunicazione alla Società di medicina e chirurgia di Padova fatta il 2 dicembre 1938-XVII.

raffina e segnalo i due successi del Donati pubblicati dal Ragnotti e quelli del Miani. Mi pare però che fra tutti i metodi indiretti: pneumotorace, frenicectomia, blocco temporaneo del frenico (Pieri), alcoolizzazione dei nervi intercostali (Leotta), toracoplastica locale, piombaggio extrapleurico a dimora, meriti la preferenza il piombaggio extrapleurico temporaneo, per lo meno come tentativo di cura.

Il metodo semplice, non traumatizzante se applicato con tecnica corretta, può perciò essere largamente sperimentato, perchè nella peggiore delle ipotesi, avvenuta l'obliterazione del cavo pleurico, si può passare all'intervento diretto che resta sempre l'operazione di scelta per dare esito al pus. Recentemente il Moccia fautore della pneumotomia, loda l'utilità del trattamento locale col neosalvarsan, che può venire quotidianamente applicato e a grandi dosi senza alcun pericolo, dando vantaggi veramente degni di essere noti.

Concludo come nel 1935: non esiste uno schema di trattamento dell'ascesso polmonare, vi sono molti metodi che bisogna conoscere e sapere mettere in pratica secondo una norma che non trova, con altrettanta costanza, applicazione in altri processi morbosi, che cadono sotto il dominio della chirurgia. È quanto del resto, due anni dopo di me, disse il Donati nella discussione che seguì alla società lombarda di chirurgia dopo la comunicazione del Miani: « non esiste una terapia delle suppurazioni polmonari, ma ne esistono molte... » « quando vi siano cavità ascessuali pressate e drenabili attraverso il bronco, il piombaggio può avere effetti veramente sorprendenti ».

La presente comunicazione pronta fin dal giugno 1938, rimandata per circostanze da me indipendenti, viene presentata a questa società dopo la relazione del Paolucci al XLV congresso della società italiana di chirurgia sul tema « suppurazioni polmonari, trattamento chirurgico e risultati ». Di questo fondamentale contributo casistico sull'argomento così scottante, non potevo non tener conto. Secondo l'Autore: « gli ascessi polmonari acuti e putridi vanno operati di tamponamento preventivo tra la seconda e la quinta settimana della diagnosi conclamata e raramente guariscono con questo solo intervento (3 %) ».

Il decorso dei miei operati conferma l'opportunità del momento di operare suggerito dall'autore e non sono perciò pentito di essere intervenuto precocemente. Secondo le conclusioni del Paolucci, questi due casi costituirebbero una eccezione, per il fatto che la guarigione definitiva fu ottenuta col semplice tamponamento, mezzo meno aggressivo e quindi preferibile alla pneumotomia, che resta però sempre l'operazione di scelta, quando non si raggiunge lo scopo.

Sulla esperienza di un terzo caso operato il 1° settembre di quest'anno e affidatomi dopo cinque mesi di cure mediche, ritengo che lo scollamento pleuro parietale fatto estesamente e in modo da favorire il deflusso del pus lungo il bronco comunicante con l'ascesso, possa dare risultati insperati. Il tempo trascorso non autorizza a ritenere definitiva la guarigione, che il felice decorso post-operatorio e i numerosi controlli radiologici fanno presumere con certezza.

RIASSUNTO.

L'autore riferisce su due casi di ascesso polmonare d. acuto, solitario, in due uomini di 34 anni operati di resezione costale e scollamento pleuro parietale con piombaggio temporaneo e guariti. Dopo aver passato in rassegna i metodi di collassoterapia, tratta delle indicazioni del sistema di cura adottato, che incoraggia a usare precocemente per l'esito brillante raggiungibile in tempo relativamente breve, prima che la piosclerosi comprometta in via definitiva il viscere e la vita.

BIBLIOGRAFIA

CESA BIANCHI D. *Le suppurazioni croniche del polmone.* Rassegna clin. scientif., 1938.

LEOTTA N. *L'alcoolizzazione dei nervi intercostali nella cura dell'ascesso gangrenoso del polmone.* Le forze sanit., 1933.

MIANI A. *Sulla frequenza e sul trattamento delle suppurazioni polmonari.* Atti e memorie della soc. lomb. di ch., 1937.

MOCCIA G. *Sulla chirurgia diretta dell'ascesso polmonare associata a quella locale neosalvarsanica a proposito di tre casi così trattati.* Atti della soc. ital. di ch., 1938.

PAOLUCCI R. *Suppurazioni polmonari.* Relazione al XLV congresso soc. ital. di chir. Roma, ottobre 1938.

PIERI G. *Blocco temporaneo del frenico nella cura dell'ascesso polmonare.* XXXI Congr. Soc. Ital. chir., 1924.

RAGNOTTI E. *Contributo casistico alla terapia dell'ascesso polmonare.* Atti soc. med. chir. degli Abruzzi, 1934.

ID. *Sulla cura chirurgica dell'ascesso polmonare.* Atti e memorie della soc. lomb. di chir., 1936.

SAUERBRUCH F. *Abcès pulmonaires subaigus et chroniques.* IX Congr. Soc. intern. chir. Madrid, 1932.

STOCCADA F. *L'ascesso polmonare. Contributo anatomo-clinico.* Comunicazione alla soc. med. ch. di Mantova, 25 aprile 1935.

TECNICA MICROBIOLOGICA

LABORATORIO PROVINCIALE D'IGIENE
E PROFILASSI DI BELLUNO

Due nuovi metodi di microcolorazione e nuovi principii di tecnica microscopica generica.

CARLO FRIGIMELICA, interno.

Con la scoperta di nuovi composti dotati di specifiche affinità verso particolari componenti cellulari e con la conseguente standardizzazione di formule che consentono la simultanea differenziazione nei singoli elementi di tutto ciò ch'è noto del substrato morfologico di ciascuna sorte d'essi, potrebbe sembrare esaurito il compito di ricercatori rivolti ad elaborare procedimenti d'applicazione generica.

Ciò nonostante credo egualmente opportuno di far conoscere un metodo di colorazione generale, sia perchè esso deriva da un principio, salvo errore, nuovo e suscettibile forse d'impensati sviluppi, sia perchè rappresenta un mezzo d'indagine che può trovare immediata applicazione pratica.

Descriverò in seguito un procedimento citologico specifico di una determinata struttura e particolarmente notevole, in rapporto con i risultati offerti, per la semplicità della tecnica. A questo riguardo credo conveniente far rilevare che la realizzazione dei metodi attualmente descritti (e di altri comunicati in precedenza: v. *Policlinico*, Sez. Pratica, n. 5, 1936) mi è stata resa possibile dalla stretta applicazione di un principio di tecnica, in apparenza affatto banale, il quale consiste nella eliminazione del lavaggio finale dei preparati. Secondo questo principio, oltrechè costruire nuove combinazioni tecniche valendomi di mezzi semplicissimi, ho potuto migliorare procedimenti noti, vieppiù confermandomi nel concetto che, nei processi di microcolorazione, l'acqua, anche rigorosamente distillata, non esplica solo un'azione puramente detersiva e meccanica.

1) COLORAZIONE METACROMATICA CON AZZURRO DI METILENE-ACIDO GALLICO.

Controllando al microscopio, su strisci colorati col blu di metilene, l'azione di reagenti che « in vitro » precipitano le soluzioni acquose di detta sostanza, ho notato che si producevano costantemente nelle cellule finissimi precipitati i quali, essendo di colore diverso da quello fondamentale e tanto sottili da non poterne sovente apprezzare otticamente la natura, producevano nell'insieme interessanti effetti cromatici strettamente specifici ma instabili e prontamente annullati, nel senso che veniva ripristinata la tinta primitiva, da un semplice lavaggio in acqua bidistillata.

Utilizzando il noto dettaglio di tecnica mi è stato facile di fissare tali colorazioni metacromatiche che particolarmente brillanti mi risultavano dopo trattamento con soluzioni di acido gallico. Per rendere maggiormente pratico e spedito il procedimento ho inoltre composto una soluzione che con singolare rapidità colora ed insieme fissa qualsiasi preparato per istricio. La rapidità d'azione del *colorante-fissatore* è tale da render possibile l'esecuzione della colorazione metacromatica sopra strisci di sangue ancora umidi.

Eccone la formula: Borace gr. 0,05; Olio di legno di cedro cc. 0,2; Blu di metilene medicinale gr. 0,5; sciogliere nell'ordine in 100 cc. di Alcool metilico.

Questa soluzione, oltre ad utilizzare le note proprietà del Borace per aumentare l'affinità della sostanza colorante, è composta secondo il principio, salvo errore originale, di ottenere che a contatto con l'acqua si formi sul preparato una pellicola protettiva d'olio di cedro la quale fissi meccanicamente.

ESECUZIONE DEL PROCEDIMENTO.

Strisci discretamente sottili. Fissazione preventiva: superflua (ma non controindicata) anche se trattasi di materiale poverissimo o privo d'albumina (sedimenti di urine, acque, ecc.).

Versare sul preparato qualche goccia del *colorante-fissatore*. Lasciar agire per circa 20''. Diluire con altrettanto d'acqua (distillata o di fonte) e lasciar agire per 20'', o più (indifferente). Lavaggio rapidissimo ma completo in acqua corrente. Differenziazione (15-20'') col *metacromogeno* (*Acido gallico gr.* 0,1 *in* 1000 *d'acqua distillata*) rinnovato due volte. Asciugare senz'altro delicatamente con carta bibula.

Risultati. Col procedimento descritto si raggiunge forse il massimo grado delle possibilità metacromatiche e le immagini microscopiche corrispondono a quelle ottenute con colorazioni complesse.

Negli strisci di sangue gli eritrociti vengono differenziati in rosa giallastro; i nuclei dei leucociti in viola; le granulazioni neutrofile in rosso bruno; le granulazioni basofile in viola carico. (Le granulazioni eosinofile restano scolorate). Il plasma dei linfociti appare colorato in azzurro. I parassiti malarici in cobalto con cromatina in rosso violaceo. Colorazioni molto interessanti si ottengono da strisci di midollo, milza, linfoghiandole, tumori e tessuti in genere. Particolarmente notevole è la varietà di toni e sfumature dell'azzurro che va dal cilestrino chiarissimo al blu di Prussia. Risultati decisamente superiori a quelli

conseguiti dai metodi di uso si ottengono, infine, nella colorazione di materiali patologici (essudati, ecc.) specialmente per la nitidezza ed il grande risalto dei germi che spiccano in azzurro tra gli altri elementi variamente colorati.

Riassumendo, i vantaggi della colorazione metacromatica che ho descritto sono, a mio parere, notevoli sia per la rapidità del procedimento (meno di un minuto) come per la varietà delle tinte, per la loro purezza (non essendovi sovrapposizione di colori) e per la loro spiccata elettività.

A parte la mancanza di colorazione degli elementi strettamente eosinofili, esiste grande somiglianza tra i preparati ottenuti col processo metacromatico e quelli offerti dalle miscele complesse del commercio (Giemsa, ecc.). Posso anzi affermare che il procedimento metacromatico integra gli altri nel senso che presenta maggior sensibilità verso certi elementi (Serie linfatica) e offre ottimi risultati ove gli altri falliscono o riescono solo con particolari cautele (Sedimenti urinari alterati; strisci di materiale fortemente acido o alcalino, ecc.). Del resto, aggiungendo all'indicata soluzione d'azzurro di metilene una opportuna quantità d'eosina si potrebbe agevolmente ottenere una colorazione panottica. Non credo però opportuno suggerire formule del genere perchè lo scopo dei miei esperimenti ne verrebbe completamente svisato. Comunque, volendo praticare con rapidità una colorazione in tutto simile alla classica combinata di Pappenheim, si fissi e colori lo striscio con la miscela di May-Grunwald e successivamente, previo rapido lavaggio in acqua distillata, si eseguisca la colorazione metacromatica adoperando azzurro di metilene diluito nella proporzione di due gocce per ogni cc. d'acqua distillata. Posso anche consigliare di eseguire, a scopo dimostrativo, una sopracolorazione di preparati alla Pappenheim per mettere in evidenza con straordinaria chiarezza i parassiti malarici.

Per compiutezza esporrò infine brevemente la tecnica da applicarsi alla colorazione delle sezioni. Premetto che nei preparati provenienti da pezzetti inclusi in paraffina la metacromasia è spesso solamente abbozzata. I migliori risultati si ottengono su sezioni *molto sottili* eseguite al congelatore previa fissazione in alcool.

Tecnica. Colorazione (30'') con la seguente soluzione: blu di metilene gr. 0,25; Borace gr. 0,05; Acqua distillata cc. 100. Lavare a lungo in acqua (di fonte o distillata). Differenziare (20-30'') con una soluz. acquosa di acido gallico al 0,2 %. Asciugare con carta bibula e passare per 10-20'' in alcool assoluto. Asciugare ancora con carta bibula. Xilolo, balsamo, ecc.

2) COLORAZIONE DEL RETICOLO NUCLEARE CON FUCSINA BASICA. (NOTA PREVENTIVA).

Tecnica. Strisci sottilissimi. Fissazione accurata con Alcool assoluto o Metilico. Colorazione (5') con Fucsina basica fenicata di Ziehl. Lavaggio a fondo in acqua corrente. Differenziazione (3-5') mediante: Acido acetico puro cc. 0,25; Alcool (95°) cc. 50; Acqua distillata cc. 50. Asciugare senz'altro con carta bibula.

(La riuscita del procedimento dipende essenzialmente dalla esecuzione del prescritto passaggio in acqua e dalla eliminazione del lavaggio finale).

Risultati e applicazioni. L'intelaiatura nucleare viene differenziata in rosso brillante (colorazione specifica) mentre ogni altro elemento rimane scolorato o lievemente tinto in rosa. L'applicazione del metodo consente di studiare la fine struttura del nucleo e di rilevare dettagli non altrimenti apprezzabili. Immagini microscopiche particolarmente interessanti si ottengono da preparati per istriscio di tessuti neoplastici.

Belluno, 14 gennaio 1939-XVII.

RIASSUNTO.

L'A. descrive due nuovi metodi di micrococolorazione (Colorazione metacromatica con blu di metilene — Acido gallico — Colorazione del reticolo nucleare con fucsina basica) costruiti secondo concezioni tecniche originali.

SUNTI E RASSEGNE

CIRCOLAZIONE.

Il problema dell'ipertensione.

(G. W. PICKERING. *British Medic. Journ.*, 7 gennaio 1939).

Il problema dell'ipertensione non si potrà risolvere se non si risolve la questione della sua causa.

Nell'ipertensione essenziale come pure nella nefrite acuta e cronica e nella stenosi aortica l'aumento della pressione arteriosa è dovuta a vasocostrizione prevalentemente delle piccole arterie e delle arteriole. Questa vasocostrizione può prodursi in tre modi: per restringimento anatomico dei vasi, per vasocostrizione di origine nervosa o per vasocostrizione di origine chimica.

Le alterazioni anatomiche delle tuniche arteriose non sono mai così diffuse da giustificare un aumento della pressione arteriosa generale, quindi il meccanismo che si deve ammettere è quello della vasocostrizione.

Il tono vascolare normale è in parte di origine nervosa, come è dimostrato dalla sezione dei nervi simpatici che provoca vasodilatazione e dalla forte caduta della pressione che segue alla distruzione del midollo spinale. I vasi enervati non sono completamente dilatati, quindi parzialmente partecipa alla conservazione del tono un fattore chimico.

La teoria nervosa più completamente esposta è quella di Hering (1927), recentemente sostenuta da Regniers e da Mies. Secondo la teoria di Hering l'ipertensione è dovuta ad azione del seno carotideo e ai riflessi aortici. Quest'ipotesi è stata abbandonata. L'ipotesi del Raab che l'ipertensione sia dovuta a ischemia midollare e conseguente aumento d'irritabilità del centro vasomotorio è parzialmente accettata, perchè il centro respiratorio è più sensibile di quello vasomotorio. I sostenitori della teoria nervosa si basano attualmente sulla prova pressoria del freddo e sull'effetto della separazione dell'innervazione simpatica dei visceri addominali.

Secondo Hines e Brown l'aumento forte di pressione per immersione della mano in acqua a 4° è caratteristico dell'ipertensione essenziale, mentre secondo l'A. questo non è sempre esatto. Certamente l'ipertensione da freddo ha un meccanismo nervoso, sia che dipenda da aumento di eccitabilità del centro vasomotorio o dei vasi periferici o da diminuita sensibilità del meccanismo regolatore della pressione.

Le due operazioni introdotte da Adson (sezione delle radici spinali anteriori dalla 6ª dorsale alla 2ª lombare e sezione del grande e piccolo splancnico sopra o sotto il diaframma con asportazione dei gangli simpatici adiacenti) hanno questo effetto sulla pressione nell'ipertensione essenziale: in alcuni casi si ha caduta profonda e persistente della pressione, in altri solo transitoria e in alcuni nessuna modificazione. Nei casi in cui la pressione ritorna dopo un certo tempo al normale bisogna pensare che il tono vascolare non dipende più, dopo l'operazione, dalla zona dello splancnico ma da altri nervi.

Ricerche dell'A. hanno dimostrato, a favore della *teoria chimica*, che si ha deflusso sanguigno normale della mano dopo aver tolto il tono vasomotorio nervoso col calore. La ricerca di una sostanza vasopressoria contenuta nel sangue ha dato ad alcuni risultati positivi ad altri risultati negativi. l'A. non ha trovato aumento della pressione in malati di anemia in cui si facevano trasfusioni con sangue di ipertesi e osservazioni simili furono fatte da Prinzmetal. Friedman e Rosenthal anche con trasfusioni di 2300 cc. Quindi se esiste una sostanza vasopressoria nel sangue, deve essere contenuta in quantità scarsissima. Si può pensare che questa sostanza rimanga fissata nei tessuti, p. e. nel rene. Molte ragioni fanno pensare che nella nefrite cronica questa sostanza ipertensiva si formi nel rene e vi rimanga e che il rene sia il punto di origine dell'ipertensione. Sappiamo che la corteccia renale ha normalmente fra i suoi componenti una sostanza pressoria proteino-simile descritta da Tigerstedt e Bergman nel 1898.

Il problema dell'ipertensione per quanto riguarda il suo meccanismo nervoso o chimico rimane per ora insoluto. *r. l.*

Terapia digitalica razionale degli ammalati di cuore.

(R. ASCHENBRENNER. *Münch. Mediz. Wochenschr.*, n. 1, 1939).

Per il timore di una azione cumulativa, in genere si danno ai malati di cuore dosi troppo piccole di digitale; così pure si sono esagerati i pericoli delle iniezioni endovenose di strofantina e delle sostanze digitaliche. Poichè la somministrazione orale dà poco affidamento quanto a dosaggio e ad efficacia (l'acido cloridrico gastrico distrugge le sostanze digitaliche) è necessario ricorrere alle iniezioni endovenose in tutti quei casi nei quali è importante un dosaggio esatto (stenosi mitralica, infarto cardiaco, blocco a , miocardite), nei quali urge una immediata azione (asma cardiaco, tachicardia parossistica) o nei quali vi è una tale stasi da non potersi fare alcun affidamento su un sufficiente riassorbimento da parte del tratto gastro-intestinale.

Oggi non è più valido il dogma secondo il quale non si potrebbe iniettare nelle vene la strofantina se il paziente è stato prima trattato con digitale per bocca. Ottenutosi un certo grado di compenso con una energica cura endovenosa, si può continuare il tratta-

mento per bocca; mentre lo si può istituire fin dal primo momento in tale forma, in tutti i casi leggeri di insufficienza muscolare non complicata e soprattutto nella fibrillazione auricolare e nella ipertonia scompensata. Raccomandabile è anche la somministrazione rettale soprattutto in pazienti a stomaco delicato.

Il repertorio del medico deve comprender tre preparati: la strofantina, un preparato di digitale purpurea e un preparato di digitale lanata. I glicosidi della lanata avrebbero una azione 3-4 volte più rapida di quelli della purpurea; quelli dell'oleandro e dello strofanto vengono legati dal muscolo cardiaco 5 volte più rapidamente di quelli della purpurea. Di tutti i glicosidi, la strofantina ha la minor tendenza all'azione cumulativa: si presta perciò ottimamente per l'iniezione endovenosa. Anche i glicosidi della lanata, solubili in acqua, danno buoni risultati per via endovenosa: la loro più intensa azione cumulativa li rende adatti ai casi in cui si desidera una azione protratta, soprattutto sulla frequenza. Per la somministrazione orale o rettale si può scegliere tra i preparati di lanata e quelli di purpurea (Digipurat, Digalen, Verodigen, ecc.); si preferiranno gli ultimi quando in una cura protratta (cuore degli ipertonici) si desidera una più intensa azione cumulativa, o quando si vuol ottenere una più energica azione sul ritmo risp. la frequenza dei battiti.

Molto importante è la dose che deve variare a seconda dei casi. Ad ogni modo la minima dose singola di strofantina per iniezione endovenosa potrà sempre essere di 0,2 mg. Se l'iniezione viene fatta lentamente e mescolando al liquido il sangue, diventa inutile la diluizione del farmaco con soluzione glucosata, a meno che non si tratti di casi nei quali sia desiderabile migliorare la circolazione coronaria (p. es. nell'angina pectoris). In casi meno sensibili si può aumentare la dose a 0,3 mg.; i cuori ipertrofici degli ipertonici tollerano quasi sempre dosi di 0,4 mg., in caso di febbre elevata (tifo, polmonite) si possono aumentare le singole dosi fino a 0,5-0,6 mg. L'intervallo tra le singole iniezioni si stabilisce caso per caso: per lo più basta una iniezione al giorno, nella grave insufficienza cardiaca si deve non di rado ricorrere nei primi giorni a due iniezioni pro die. I glicosidi della dig. lanata si danno per via endovenosa in dose doppia della strofantina: 0,6-0,8 mg. di digilanid o pandigal. Nella tachicardia parossistica e nella fibrillazione auricolare con battito ventricolare sopra i 180 i glicosidi della lanata sono preferibili alla strofantina per la loro più energica azione sulla frequenza risp. la conduzione. In questi casi, per la diminuita sensibilità alla digitale, si inietterà 2-4 volte la dose normale: 1,6-3,2 mg., in 2-3 iniezioni separate. Un tale alto dosaggio salva spesso la vita del paziente, soprattuto in casi con complicazioni (polmonite).

Per la somministrazione orale dei preparati di lanata e di purpurea si usano tre dosi giornaliere che corrispondono ciascuna a 0,1 di foglie di digitale. Più che secondo uno schema si dovrà però regolarsi a seconda degli effetti digitalici che si sorveglieranno scrupolosamente nel paziente, in considerazione alle incertezze dell'assorbimento del farmaco dato per via gastrica. Ottenuto l'effetto desiderato la cura non va sospesa, si diminuiranno le dosi in modo da mantenere però in atto il risultato ottenuto; se invece non si raggiunge questo effetto, si passerà senz'altro alle iniezioni endovenose di strofantina. Si ricorrerà a queste ultime anche quando nel corso di una cura digitalica si manifestano disturbi del ritmo.

La cura digitalica va continuata fino alla scomparsa completa dei segni di insufficienza; e, in dosi appropriate, anche poi, quando il paziente si alza o attende al suo lavoro, in modo da mantenere anche in queste condizioni un buon compenso. Nei malati gravi nei quali non si riesce ad ottenere il compenso completo, la cura digitalica va protratta per mesi e per anni, in piccole dosi regolari.

P.

La terapia delle affezioni coronarie.

(H. GOLD. *Journal American Medical Association*, 7 gennaio 1939).

La terapia medicamentosa delle affezioni coronarie deve tendere a combattere i seguenti disturbi: 1) il dolore; 2) i sintomi nervosi (apprensione, angoscia, irrequietezza); 3) la congestione cardiaca; 4) la dispnea parossistica; 5) lo shoch; 6) i disordini del ritmo cardiaco (fibrillazione auricolare, flutter, tachicardia ventricolare).

I medicamenti più comunemente adoperati a tale scopo sono: 1) i nitriti; 2) le xantine; 3) i sedativi; 4) gli alcaloidi dell'oppio; 5) la digitale; 6) la chinidina; 7) i diuretici; 8) l'ossigeno; 9) gli ioduri; 10) gli estratti ormonici; 11) i farmaci atti a combattere eventuali disturbi concomitanti.

I *nitriti* costituiscono il medicamento di scelta per alleviare il dolore. Dilatando tutte le arterie periferiche, comprese le coronarie, determinano un miglioramento della circolazione e quindi un adattamento dell'irrorazione del miocardio al lavoro del cuore. Con ciò si elimina la causa del dolore.

Ma essi non sono esenti da effetti spiacevoli: arrossamento, cefalea, senso di pulsazione e di tensione al capo, palpitazioni, e, quando le dosi siano eccessive, collasso.

Dovrebbero essere presi fin dall'inizio del male senz'attendere il completo sviluppo dell'accesso, e a dosi piccole con intervalli di cinque minuti, ripetute fino a scomparsa del dolore o fino a quando non compare la cefalea.

Il modo di somministrazione più adatto è quello delle pastiglie di trinitroglicerina (dosate a quattro decimillesimi di grammo) da disciogliersi sotto la lingua. Di queste pastiglie possono consumarsi con gli intervalli su indicati fino a 5 o 6 al giorno.

Le inalazioni di nitrito d'amile sono meno consigliabili perchè non si riesce mai a determinare esattamente la quantità occorrente e perchè gli effetti sono così rapidi da produrre reazioni violente.

Ai pazienti che hanno ogni giorno parecchi attacchi, anche a riposo, è opportuno somministrare le tavolette di trinitroglicerina regolarmente ogni due ore. Si ha così una notevole rarefazione delle crisi.

Questa cura protratta per qualche tempo, specie se associata al riposo fisico e mentale, può fare anche scomparire gli accessi.

Nè a temere che l'uso dei nitriti possa determinare un'assuefazione, e quindi il pericolo che non riescano più efficaci, o che la sospensione del loro uso determini la ripetizione degli accessi.

Quando in tali casi i nitriti finiscono per risultare inefficienti bisogna pensare che non si tratta più di angina pectoris ma di trombosi coronaria.

Al riguardo bisogna notare che nella fase acuta della trombosi coronaria i nitriti possono essere perniciosi, perchè in via riflessa, per abbassamento della pressione, eccitano gli acceleratori del cuore determinando una grave tachicardia. D'altra parte la caduta stessa della pressione peggiora ancora più lo stato della circolazione coronaria.

Solo in secondo tempo, quando la pressione persiste alta e si verificano accessi ricorrenti il dolore della trombosi coronaria può essere colmato con i nitriti.

Recentemente Krantz ha tentato di associare l'azione vasodilatatrice dei nitriti a quella sedativa del tricloroetilene. Al riguardo ha sperimentato l'octyl nitrito, che è meno volatile e meno violento del nitrito di amile, ma in compenso provocherebbe una vasodilatazione più duratura.

Le *xantine*, specialmente la teobromina e la teofillina, sono molto adoperate nella cura delle affezioni delle coronarie. Queste basi puriniche sono solubili in acqua solo se associate all'etilenediamina o ad alcuni sali come l'acetato ed il salicilato di soda. Il preparato più comunemente usato è l'aminofillina, ossia la teofillina con etilenediamina.

Ma il largo credito che si fa a questi farmaci non corrisponde alla loro reale efficacia. Recenti indagini fatte su un abbondante materiale hanno dimostrato che l'aminofillina, la teocalcina, la teobromina con salicilato di sodio, e simili non valgono ad alleviare la crisi di angina pectoris o il dolore legato all'infarto coronarico.

Con ciò non si vuol dire che le basi puriniche non siano utili nelle cardiopatie. Esse riescono vantaggiosissime come agenti diuretici nelle stasi da insufficienza cardiaca. Così sul respiro di Cheyne-Stokes nel corso delle affezioni renali o cardiache l'iniezione endovenosa di gr. 0,25-0,50 di aminofillina produce spesso un miglioramento impressionante.

La *morfina* è il rimedio di scelta nel dolore angosciante, terrificante della trombosi coronaria. L'alleviamento del dolore è dovuto ad un'azione diretta sui centri nervosi e non ad una dilatazione delle coronarie, perchè in effetti la morfina provoca contrazione delle fibre muscolari liscie e quindi accentua la vasocostrizione. La sua azione benefica è legata al fatto che riduce i movimenti, e dà un senso di benessere, la caratteristica euforia dei narcotici.

Comunque non bisogna lesinare nelle dosi, ripetendo le iniezioni fino a scomparsa del dolore ed eventualmente fino a quando non si manifestano disturbi respiratori pericolosi.

La morfina può produrre complicazioni come la stipsi con meteorismo, la ritenzione urinaria da spasmo dello sfintere vescicale ed il vomito con sforzi muscolari veramente dannosi. Ma non sempre si riesce a precisare se il vomito è determinato dalla morfina o dalla stessa trombosi coronaria.

Nei casi nei quali si è somministrata una discreta dose di morfina la cessazione del dolore è accompagnata da una profonda depressione respiratoria della durata di 3-4 minuti dovuta alla scomparsa dell'azione stimolante del dolore. Questa azione eccitatrice del dolore spiega come i pazienti del genere siano molto tolleranti alla morfina: questa trova il suo antitodo nella sofferenza stessa che tende ad alleviare.

La quantità di morfina da somministrarsi ai pazienti di trombosi coronaria non deve essere nè poca nè troppa. In dosi scarse non produce alcun effetto utile, in dosi eccessive produce disturbi che possono aggravare la situazione (meteorismo, ritenzione urinaria) irregolarità dell'azione cardiaca, stupore, depressione respiratoria). Se ne possono somministrare fino a 6 cgr. mediante iniezioni sottocutanee di cgr. 1-1 1/2 ogni mezz'ora.

Sono stati consigliati altri preparati (derivati sintetici della morfina, alcoloidi totali dell'oppio, ecc.), ma nessuno riesce così vantaggioso cme la morfina. Si può ricorrere alla codeina quando il dolore è di media gravità e tende a prolungarsi per parecchi giorni, o quando vi sia netta intolleranza alla morfina, nel qual caso è consigliabile associare alla codeina il bromuro di scopolamina.

Nei casi nei quali il dolore non cede e si ha cianosi giova ricorrere all'ossigeno, alla concentrazione del 50 % somministrato collocando il paziente sotto speciali tende.

I *barbiturici* sono molto utili nelle malattie

coronarie. Diminuendo l'eccitabilità nervosa riducono il numero e la gravità degli attacchi di angina da sforzo. D'altra parte riducono la suscettibilità del cuore al ritmo ectopico e quindi concorrono a prevenire la tachicardia ventricolare che è una delle complicazioni della trombosi coronaria.

Sono consigliabili piccole dosi date a distanza di un giorno o due allo scopo di evitare forme di intossicazione caratterizzate da stupore accompagnato da irrequietezza, uno stato analogo alla fase di eccitamento della narcosi con cloroformio o etere.

La *digitale* è indicata quando c'è insufficienza cardiaca e disordini del ritmo con o senza insufficienza, ed in particolare fibrillazione auricolare, flutter e tachicardia parossistica.

Clinicamente la insufficienza primitiva del miocardio si manifesta in due forme: 1) insufficienza ventricolare destra o congestizia con dispnea, ortopnea, dilatazione delle vene del collo, ingrossamento del fegato, congestione polmonare, edemi, ascite; 2) insufficienza ventricolare sinistra con accessi di dispnea o edema polmonare.

In tali casi la digitale riesce utile in tutte le fasi della trombosi coronaria. Ma sta di fatto che tali disturbi non sono frequenti in detta affezione, e quindi la digitalizzazione non ha un'indicazione generale.

Contro l'uso della digitale nella trombosi coronaria sono state sollevate obiezioni (possibilità di rottura del tessuto dell'infarto, aumento del lavoro del cuore, aumento della tendenza alla tachicardia ventricolare e della costrizione delle coronarie) che in effetti non hanno serio valore.

I *diuretici* (sali di mercurio, nitrato d'ammonio, ecc.) sono utili per combattere l'insufficienza congestizia del cuore e gli attacchi di dispnea.

La *chinidina* e gli alcaloidi affini sono utili quando compaiono disturbi del ritmo (contrazioni premature, fibrillazione auricolare, flutter, tachicardia ventricolare), ma al riguardo non sono preferibili alla digitale.

Comunque vanno usati solo in caso di necessità, alla dose di gr. 0,30 tre volte al giorno, e mai per via endovenosa.

La *papaverina* (gr. 0,03-0,06 al giorno) ha un'azione deprimente generale, e perciò può sostituire o coadiuvare gli altri sedativi, ma ha poco valore per alleviare il dolore.

Gli *ioduri* non sembra abbiano un'azione immediata sulla sintomatologia delle affezioni coronarie.

Gli *estratti tessuti* (ormoni del cuore, dei muscoli, ecc.) non presentano seri vantaggi su gli altri espedienti terapeutici.

Per quel che riguarda altri disturbi (shock, edema polmonare acuto, attacchi di respiro Adams-Stokes, collasso acuto all'inizio della crisi con scomparsa del polso e perdita della coscienza) la condotta da tenere varia a seconda della natura e della preminenza dei disturbi stessi. L'epinefrina può essere utile nell'edema polmonare acuto, quando la pressione è sistematicamente bassa, e quando c'è respiro Adams-Stokes, ma conviene tenere presente il pericolo che provochi la tachicardia ventricolare. Gli estratti d'ipofisi posteriore non sono consigliabili per la loro azione vasocostrittrice. La caffeina, il metrazol, la canfora, le iniezioni endovenose di glucosio sono usate nell'insufficienza periferica da trombosi coronaria, ma non sembrano effettivamente utili.

DR.

Sui serbatoi del sangue.

(B. STEINMANN. *Klinische Wochenschr.*, 19 novembre 1938).

La quantità totale del sangue non si trova mai in circolazione, una parte rimane depositata in alcuni organi come riserva, ed è sottratta alla circolazione. Gli organi i quali in condizioni di ricambio basale accumulano il sangue sottratto alla circolazione e lo possono rimettere in circolazione a seconda del bisogno si chiamano i « serbatoi del sangue fisiologici ». Tali sono prevalentemente la milza e il fegato.

La milza accumula il sangue nei seni della polpa, questo sangue viene rimesso in circolazione in seguito a contrazione della muscolatura liscia della milza, determinata per via riflessa nervosa. Mentre nel cane la milza può accumulare circa un quinto della massa totale del sangue, nell'uomo essa accumula soltanto un XX cioè al massimo 200 cmc.

Il fegato accumula il sangue grazie al meccanismo dello sbarramento venoso; il sangue viene rimesso in circolazione con l'aprirsi di questo sbarramento in seguito ad eccitazione del simpatico o a somministrazione di adrenalina. Il territorio della vena-porta può accumulare sangue con il seguente meccanismo: dilatandosi le arteriole nell'intestino, scorre molto sangue nel territorio capillare e venoso dello splancnico, ma lo può abbandonare soltanto quando la pressione riesce a sopraffare la resistenza del fegato: in seguito alla grande dilatabilità delle vene si forma un accumulo di sangue. Anche la pelle è stata considerata un importante deposito di sangue. In realtà la pelle non è un deposito fisiologico del sangue, in alcune circostanze (posizione seduta a terra) diventando insufficiente la circolazione periferica ristagna del sangue nei vasi cutanei delle estremità inferiori.

In casi patologici diversi organi diventano depositi di sangue: così nella iperemia attiva, nella stasi venosa, e sopratutto nel collasso circolatorio.

P.

ZONE LIMITI.

Le complicazioni nervose del diabete.

(L. MASSION-VERNIORY. *Le Scalpel*, 1° ottobre 1938).

L'intossicazione diabetica può avere ripercussioni sui nervi periferici, sul midollo spinale, sul cervello e provocar speciali sindromi come l'epilessia ed il coma.

I. Le algie, le nevriti e le polineuriti sono le più frequenti.

I crampi spesso sono molto molesti e causa d'insonnia.

La debolezza muscolare è costante e sembra dovuta più all'infiacchimento nervoso che a lesioni delle fibre muscolari. È noto come il diabetico sia un astenico malgrado l'appetito esagerato.

Le nevralgie, molto dolorose, colpiscono di preferenza lo sciatico ed il crurale, ma possono interessare anche altri nervi come l'otturatore, gli intercostali, il radiale, ecc. isolatamente o simultaneamente.

Talvolta si hanno paralisi diabetiche limitate al nervo oculomotore esterno (diplopia), all'oculomotore comune, al facciale, al mediano, al cubitale, al radiale, al crurale, all'otturatore. La paralisi può colpire un gruppo di muscoli o anche un solo muscolo, come l'estensore dell'indice. Tali paralisi possono essere incomplete, fugaci, rapidamente curabili, o persistenti ed accompagnate da disturbi sensitivi e trofici.

Più rare sono le vere polineuriti con i loro caratteri di simmetria, di bilateralità, di estensione, e di topografia distale. Una varietà molto caratteristica è la così detta tabe o neurotabe periferica descritta da Dejerine, che, malgrado sia clinicamente molto simile all'atassia locomotrice, dipende unicamente da neuriti periferiche. Dalla vera tabe sifilitica si distingue per il decorso subacuto, per l'assenza del segno di Argyll-Robertson e di disturbi sfinterici e per le reazioni negative del sangue e del liquor dal punto di vista della sifilide, nonchè per la presenza di mialgie e di punti di Valleix, per la topografia periferica dei fatti deficitari e per la guaribilità sotto l'azione della dieta appropriata e delle cure antidiabetiche.

Il male perforante plantare, la caduta delle unghie, lo zoster, la retrazione dell'aponeurosi palmare, la scomparsa dei riflessi rotulei sono manifestazioni diabetiche dipendenti da lesioni nervose periferiche, e che hanno un significato prognostico grave.

II. Oltre alla pseudo-tabe periferica si può avere una pseudo-tabe midollare con lesioni dei cordoni posteriori. La diagnosi non presenta difficoltà: il decorso è rapido, la guarigione possibile sotto l'influenza del trattamento antidiabetico.

Ma conviene tenere presente che come si ha il diabete con sintomi tabetiformi si può avere la tabe con glicosuria in rapporto all'estensione della lesione al quarto ventricolo.

Nel corso del diabete si può avere una sclerosi midollare, talvolta esclusivamente piramidale, più spesso combinata (atassia e spasmo).

Vanno infine segnalate le paraplegie crurali e cervicali da arterite midollare che si presentano sotto forma di claudicazione intermittente del midollo, che si distingue dalla claudicazione intermittente di Charcot da arterite degli arti inferiori per la presenza del polso e della pressione arteriosa, per l'assenza di dolori e di disturbi vasomotori, per la presenza di segni neurologici specie piramidali e di disturbi sfinterici.

III. Per quel che riguarda i disturbi cerebrali va notato che le vertigini sono poco frequenti. Talvolta si hanno piccoli ictus improvvisi, transitori in rapporto ad angiospasmi o a piccoli focolai trombotici o embolici. In rapporto all'arterite si hanno anche paralisi con localizzazioni diverse alla faccia, agli arti, a piccoli gruppi di muscoli, come agli estensori della coscia e dell'indice. Sono state segnalate anche sindromi bulbari o bulboprotuberanziali, attacchi di narcolessia, specie dopo i pasti, o insonnia.

Nel corso del diabete può verificarsi l'emorragia cerebrale, la cui diagnosi differenziale con il coma diabetico può presentare qualche difficoltà.

Le lesioni infundibolo-tubariche possono provocare glicosuria, mentre la clinica dimostra che i diabetici possono avere lesioni diencefaliche più o meno localizzate. La diagnosi differenziale tra i due complessi spesso non è facile, ma comunque necessaria per l'orientamento terapeutico. Va infine al riguardo accennato al fatto che il diabete zuccherino può associarsi a quello insipido.

Nel diabete sono frequenti gli stati neurastenici determinati dallo stato di apprensione, dal regime alimentare e dall'intossicazione.

È stato anche registrato qualche caso di pseudo-paralisi progressiva diabetica migliorata con la cura antidiabetica.

IV. Molto si è discusso sull'esistenza di una epilessia diabetica. Certo non si può escluderla. Gli accessi cominciano a verificarsi nel corso della malattia. La causa più probabile sembra essere l'acidosi (acido diacetico+acido ossibutirrico) perchè gli accessi si hanno solo nei diabetici acidosici e perchè l'epilessia si ha anche in codizioni acidosiche non diabetiche.

V. La sintomatologia del coma diabetico o acetonemico è ben nota: periodo d'invasione caratterizzato dall'odore dell'alito e delle urine, dalla dispnea intensa, dai disturbi gastroenterici e nervosi (eccitazione e più spesso apatia, sonnolenza); periodo di stato, del coma vero, con scomparsa di tutte le funzioni della vita di relazione, e temperatura bassa

fino a 35° e anche 32°; morte in media dopo 36 ore.

La forma vertiginosa, più rara, è caratterizzata da cefalea, vertigini, stato di ubbriachezza, titubazione, parola impacciata, sonnolenza, coma.

Anatomo-patologicamente si constata anemia o congestione con edema cerebrale.

Praticamente è interessante distinguere un coma diabetico vero da un coma ipoglicemico terapeutico. Il primo è caratterizzato dalla scomparsa delle funzioni della vita di relazione (motilità, sensibilità, funzioni psichiche) e persistenza delle funzioni vegetative (respirazione, circolazione, secrezioni). Nel coma ipoglicemico o insulinico la coscienza non è completamente abolita (gli ordini imperiosi, gli stimoli forti provocano reazioni) ed invece del rilasciamento muscolare si hanno ipertonie o contratture localizzate, ipercinesie, mioclonie, movimenti coreici e atetosici, spasmi di torsione, crisi isteriche, atteggiamenti catatonici o catalettici. Anche la sensibilità non è completamente abolita: le punture provocano qualche reazione. Inoltre si hanno disordini vegetativi importanti: sudorazione profusa, seborrea abbondante, disturbi vasomotori.

Insomma la fisionomia del coma insulinico è ben differente da quella del coma acidosico; rassomiglia di più ad alcuni stati infettivi o tossinfettivi interessanti la regione diencefalica o sottotalamica, come l'encefalite epidemica.

La distinzione è importante in riguardo alla terapia che deve essere diametralmente opposta. DR.

Clinica e biologia dei versamenti pleurici nei cirrotici.

(M. GOFFART. *Revue belge des sciences médicales*, luglio 1938).

Nel quadro clinico della cirrosi cronica ipertrofica od atrofica, di origine alcoolica, raramente il versamento pleurico domina; il versamento si istaura subdolamente, senza brivido, senza dolore puntorio: può iniziarsi uno stato subfebbrile o febbrile, ovvero la febbre può mancare. Gli stessi segni fisici sono molto ingannatori, non trovandosi la ottusità, la resistenza, l'aumento di volume dell'emitorace, ecc. al completo. Può farsi affidamento sulla ottusità, ma ottusità, rantoli alle basi, possono trovarsi anche senza un versamento. A versamento chiaro, la quantità del liquido può giungere fino ai due litri, avere un limite superiore alla Damoiseau, spostabile dalla posizione declive alla posizione seduta: attenti a non prendere per ottusità da liquido, quella dovuta al rialzo del diaframma per l'ascite. Si dice spesso « innalzamento del fegato », ma la radioscopia mostra che l'innalzamento è bilaterale, diaframmatico. La radiologia come la clinica non fa apprezzare al giusto volume il liquido; essa « minimizza » il liquido. La nozione schematica che la bilateralità presumi l'idea di un transudato e la monolateralità quella di un essudato, nella cirrosi non soddisfa. L'inizio del versamento può farsi in qualsiasi momento dell'affezione epatica: nella loro evoluzione possono manifestarsi tutte le modalità: il più spesso passano alla cronicità, come l'ascite; talora si vedono guarire o spontaneamente o dopo qualche puntura, lasciando come sequela una pleurite adesiva. Questa complicazione pleurica della cirrosi ha un'importanza secondaria nello svolgersi della malattia, come anche nella sua prognosi.

Il liquido è quasi sempre emorragico, non coagula mai in massa, talora si vede un coagulo di fibrina nelle provette che contengono il liquido.

L'esame citologico non mostra caratteri differenti da quelli dell'ascite: l'abbondanza delle placche endoteliali permette di affermare la data recente del versamento: a poco a poco esse si trasformano in macrofagi molto simili ai monociti. La formula leucocitaria è spesso mista, o linfocitaria pura. Invecchiando, il liquido si impoverisce di placche endoteliali e si arricchisce di linfociti. Il dosaggio dell'albumina ha mostrato sempre cifre inferiori ai 37 grammi per mille, tal quale si riscontra nei transudati o nelle forme miste; la fibrina è stata trovata scarsa, il cloro è stato trovato in tutti i casi superiore a quello del plasma; il colesterolo era scarso (dunque l'idrofilia del colesterolo non deve avere grande importanza nella patogenesi del versamento).

Per la patogenesi: possono chiamarsi in causa ragioni estrinseche, ragioni adiuvanti locali, determinanti umorali e tissurali della trasudazione.

Cause estrinseche: il versamento può essere dovuto all'intervento di un altro organo, in occasione di uno scompenso cardiaco, di una nefrite.

La tubercolosi: sembra che bisogna di molto ridurre l'importanza del bacillo della tubercolosi nella produzione di questi versamenti; certo i cirrotici sono in stato di « anergia epatica », nessuno lo contesta, ma sembra che molto si sia esagerato sulla sua importanza. Così pure bisogna opporsi al concetto che ogni pleurite emorragica sia di natura tubercolare; inoculati otto liquidi emorragici in cavie, nessuna è tubercolizzata.

Fattore meccanico: come fattore di localizzazione dell'edema nella pleura si potrebbe apportare il disturbo determinato dall'ascite ai movimenti del diaframma ed all'espansione del polmone: ma anche questa condizione non è in giuoco sempre, ed inversamente non tutti i malati con disturbo respiratorio, da stasi, mostrano una essudazione pleurica. Si attribuisce spesso una paresi maggiore all'emidiaframma di destra a causa dell'innalzamento

del fegato: parrebbe ciò confermato dalla grande frequenza dei versamenti a destra; ma non si può dimenticare che tali versamenti sono spesso bilaterali e talora unicamente sinistri. Il fattore meccanico gioca probabilmente un compito che non è però nè necessario nè costante.

È stata trovata, ed invocata, la periepatite: il fatto c'è, ma è raro; d'altra parte i versamenti a sinistra dovrebbero farci invocare una perisplenite, la qual cosa ci farebbe piuttosto riandare ad una tubercolosi peritoneale, piuttosto che alla autopsia classica, fondamentale di Laënnec.

Gilbert e Villaret hanno pensato che il disturbo della circolazione porto-cava poteva determinare lo sviluppo di connessioni venose portopolmonari e che a questa messa in azione, di circolazione collaterale, potrebbero attribuirsi alcune congestioni di basi polmonari ed alcuni versamenti pleurici a forma di emotorace od idrotorace.

Edemi degli epatici: esiste negli epatici un complesso di condizioni umorali e tissurali favorenti la produzione di edemi: a fianco dell'ascite, ove il compito localizzatore dello sbarramento epatico è certo, si conoscono edemi della faccia, degli arti superiori, anasarchi curabili negli itteri catarrali. Edemi fuggevoli possono annunziare una cirrosi. Queste poussées di liquido sono parallele all'insufficienza epatica.

L'equilibrio proteico del siero è stato studiato nei cirrotici ed è stato constatato l'inversione del rapporto sieroalbumina-globulina con ipoproteinemia totale. Il fatto deve essere considerato come prova dell'insufficienza epatica e ragione determinante dell'edema. In 6 casi su 8 l'A. ha potuto metterlo in evidenza.

Il cloro: non si può parlare del compito idropigeno del cloro in tali malati: in essi vi è, è vero, scarsa eliminazione di cloro dalle urine, ma la loro cloremia è bassa. I loro umori interstiziali sono clorurati in maniera da isotonizzare le grandi masse di liquido transudato; il tasso del cloro appare come una conseguenza, non come una causa del versamento. Questi malati sono ipocloremici per disturbo nella ripartizione del cloro dato il consumo di cloro che fanno con le loro asciti: se se ne riduce l'apporto esogeno, non solamente i loro edemi non sono affatto influenzati, ma si lede il loro appetito ed il loro stato generale.

Coefficiente lipemico: Mayer e Schaeffer hanno insistito sul potere idrofilo del colesterolo unito agli acidi grassi: al loro nome si ricorda il coefficiente lipocitico che indica il potere idrofilo del miscuglio colesterolo-acidi grassi. Al coefficiente lipocitico dei tessuti corrisponde il coefficiente lipemico. Il colesterolo avrebbe importanza nella ritenzione di acque e le diuresi terapeutiche tiroidee si accompagnano alla caduta del tasso di colesterolo: questo fattore non può avere qui importanza dato che nell'insufficienza epatica la colesteroloemia è bassa o normale.

Fragilità dei capillari: l'aumento della permeabilità capillare non manca, le emorragie degli epatici non si spiegano con disturbi della crasi sanguigna: tempo di coagulazione e retrazione del coagulo, sono normali. Al contrario il segno del laccio ed il tempo di sanguinamento, nei quali interviene il fattore capillare, mostrano spesso il loro deficit. Il carattere emorragico permanente dei liquidi esaminati dall'A., nelle pleure dei cirrotici, mostra bene questa meiopragia capillare constatata clinicamente con la colorazione carminio delle mucose, della lingua con le stellule vascolari, con le epistassi.

Due nuove ipotesi si sono aggiunte per spiegare gli edemi degli epatici: Eppinger e Roessle, su dati istologici degli spazi lacunari fra capillari e cellule epatiche, pensano che vi è alterazione della permeabilità capillare con « infiammazione sierosa », ricca di albumina, donde la sclerosi connettivale più tardi sarà la conseguenza. Questa intossicazione dei capillari sarebbe dovuta a sostanze del tipo allil o acroleina. L'ipotesi non saprebbe però giustificare nè l'ascite nè l'idrotorace, perchè questi sono poveri di albumina. Lo stesso rimprovero si potrebbe rivolgere a Loeper che fa intervenire l'istamina.

Dunque i versamenti cirrotici nel torace sono frequenti e subdoli per lo più: poveri di albumina, di fibrina, di colesterolo, la loro citologia è mista, sono sempre emorragici, sono iperclorurati. La patogenesi è complessa e vi entrano: le cause meccaniche, l'abbassamento del potere osmotico delle proteine per inversione del rapporto sieroalbumino-globuline, e la meiopragia capillare. MONTELEONE.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

MARIO LAPIDARI, LUDOVICO MUCCHI, VIRGINIO PORTA. TRAUMI CRANICI. (Chirurgia, Neurologia, Radiologia), Edizioni C. E. L. A. S., Belluno 1939, L. 50.

Non è facile cosa, nel breve spazio di un cenno bibliografico, fornire un'idea sintetica e dimostrativa di un'opera di notevole mole, complessa di dottrina e di esperienze, completa in molte parti e non priva di contributi originali. È noto di quale particolare interesse siano sempre stati i traumi cranici per se stessi, e più ancora per la nobiltà del contenuto, cranico, l'organo cervello, in cui le minori offese possono provocare i maggiori eventi patologici, conseguenze acutamente mortali, e postumi che costituiscono parte notevole della patologia del sistema nervoso centrale, a effetti non sempre riparabili, o non totalmente riparabili. Nè soltanto così vasto campo patologico interessa il medico e più ancora il chirurgo, ma anche e in special modo il medico-legale con i suoi riferimenti giuridici nel campo delle leggi penali e civili, e in quello arduo e contrastato dei postumi indennizzabili per legittimo o presunto risarcimento.

Gli AA. hanno voluto intenzionalmente limitare il campo della loro trattazione e delle loro ricerche, ma in realtà poche sono le zone non esplorate, e in esse non rimasero nell'ambito, pur grandemente utile, della pratica, ma saggiamente spaziarono in quello altamente scientifico e profondamente clinico, non trascurando, là dove più poteva giudicarsi utile, i concetti patogenetici e il substrato anatomo-patologico. Quindi patologia, clinica e terapeutica delle lesioni dei tegumenti esterni, di quelle della scatola cranica, e poi delle conseguenze anatomiche e funzionali, che dal trauma derivarono sulla massa encefalica e sulle meningi, delle complicazioni immediate e tardive, comprese quelle che si riferiscono all'apparato uditivo nei traumi cranici chiusi.

Ogni argomento è trattato ampliamente e magistralmente, ma dobbiamo particolarmente ricordare quanto nel capitolo III è dedicato al compito della radiologia nella diagnosi dei traumi cranio-cerebrali acuti, sostenendo la giusta tesi che un esame radiologico praticato con arte e opportune discriminanti, anche nella fase immediatamente successiva al trauma, fase acuta, mentre è del tutto innocuo, può fornire preziose indicazioni terapeutiche. E gli AA. trattano non solo dei comuni esami radiologici, e delle proiezioni più utili per la diagnosi di frattura, ma anche di tutte quelle ricerche speciali che ne completano il significato diagnostico, e molto spesso lo definiscono, come l'encefalografia, l'arteriografia cerebrale, l'idolventricolografia.

Illustrano concetti e definizioni cliniche e tecniche, casi particolarmente dimostrativi e una ricca chiarissima serie di belle fotografie.

Crediamo anche opportuno richiamare l'attenzione del medico pratico sulla parte dedicata alla tecnica dell'encefalografia, che è così poco nota a gran parte di medici e chirurgi, non della generazione più recente e di questa a molti non sufficientemente studiosi: e perciò, come per tutto il resto, il libro può essere specialmente utile agli studenti e ai giovani medici.

Dalla parte neurologica noi fummo specialmente attratti, e non possiamo fare a meno di segnalare quanto si riferisce alla commozione cerebrale, anche per l'interessante e originale riferimento di somiglianza al risveglio con lo shock insulinico provocato a scopo terapeutico negli schizofrenici.

Concludiamo augurandoci che molti siano i lettori di questa opera, corredata anche di una ricca bibliografia, che si presenta in belle forme editoriali; opera che riteniamo la più completa e praticamente interessante, appare, sull'argomento dei traumi cranici, nella letteratura italiana e non solo italiana.

G. MÒGLIE.

E. MONIZ. *Clinica dell'angiografia cerebrale*. S. T. E. R. Torino. L. 35.

In questo numero della Collana monografica di « *Schizofrenia* » sono raccolte quattro lezioni dettate dal prof. E. Moniz di Lisbona sull'angiografia cerebrale.

Con il sussidio di numerosi e nitidi radiogrammi è messa in evidenza l'importanza dell'arteriografia e della flebografia nella diagnosi delle affezioni cerebrali. DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Accademie, Società Mediche, Congressi

R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.

Seduta dell'11 gennaio 1939.
Presidente: Prof. Sen. G. Salvi.

Contributo allo studio dei tumori dei nervi.

Romeo M. — L'O. illustra un caso di tumore del nervo mediano destro, osservato in una donna di 73 anni. Il tumore, situato in corrispondenza della faccia antero-interna del terzo inferiore del braccio, datava da 32 anni e non aveva mai arrecato nessun disturbo alla paziente; solo nell'ultimo mese l'inferma aveva accusato dolori, a tipo nevralgico, al pollice e all'indice della stessa mano. Obbiettivamente si notò soltanto lieve ipoestesia nel territorio di innervazione cutanea del mediano, ma nulla a carico della funzione motoria del nervo. L'atto operativo consistette nella enucleazione del tumore, che fu perfettamente possibile, senza dover ricorrere alla resezione del nervo. La inferma guarì, nel senso che cessarono completamente i dolori prima avvertiti al pollice ed all'indice della stessa mano, mentre persisteva l'ipoestesia.

L'esame istologico del pezzo dimostrò trattarsi di un angioma semplice del nervo mediano, varietà molto rara di tumore dei nervi periferici, tanto che l'O. ne ha trovati illustrati solo altri cinque casi nella letteratura.

Sulla circolazione arteriosa del piede.

Donadio N. — L'O. afferma che si tratta di un argomento che si presta ad una certa revisione, in quanto che i dati che intorno ad esso si trovano nei trattati sono troppo schematici.

Gli studi condotti finora nel campo dell'angiologia con la dissezione, previa iniezione vascolare, hanno dato risultati necessariamente imperfetti; la ricerca radiografica fornisce immagini piatte. Invece, i risultati che si ottengono con metodi a corrosione sono la realtà stessa, perchè con questi metodi i territori vascolari appaiono tali quali essi sono.

Il preparato a corrosione, che l'O. presenta, riproduce tutta la circolazione arteriosa del piede. Dal suo esame risulta come sia l'arteria tibiale posteriore a formare la rete calcaneare; come l'arteria plantare interna si possa e si debba considerare come un ramo terminale dell'arteria tibiale posteriore e non, come vogliono alcuni, un ramo collaterale dell'arteria plantare esterna; come tra le due arterie plantare interna e plantare esterna esistano delle comunicazioni che dovrebbero esser capaci di far stabilire una circolazione collaterale nel caso che in uno dei tronchi si venisse a produrre un ostacolo alla progressione del sangue.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 31 gennaio 1939-XVII.
Presidente: Prof. A. Pensa.

Timo e corpi di Foà-Kurloff.

N. Nencewa e P. Redaelli. — Gli AA. con lo studio istologico di timi altamente ipotrofici di cavie trattate con urina di donna gravida, tendono a dimostrare: che le cosidette « cellule di Fulci » da questo autore osservate una volta (1913) nel timo ipotrofico di una cavia al termine della gravidanza e riviste da Klein (1931) in esperimenti analoghi a quelli illustrati nella presente nota, altro non sono che cellule genericamente linfoidi (timociti?) con corpi inclusi di Foà-Kurloff. Affermano inoltre che contrariamente alla opinione di alcuni autori (Dolfini, Babudieri, ecc.) è possibile riscontrare nel timo delle cavie e particolarmente in condizioni di ipotrofia e di ipofunzione dell'organo, cellule a corpi inclusi di Foà-Kurloff, talora, anzi, in numero sorprendente. Così il problema dei rapporti fra timo e corpi inclusi deve essere preso in seria considerazione, presentandosi per alcuni lati interessante ai fini della chiarificazione della natura e genesi degli stessi corpi ed anche delle cellule che li portano.

Note di orientamento per lo studio della patologia della calotta cranica: modificazioni di essa in rapporto con l'età.

Prof. A. Giordano e Dott. C. Cavaliere. — Gli AA. si occupano sulla base dello studio anatomico ed istologico di 35 casi, del comportamento della calotta cranica nelle varie età della vita con particolare riferimento agli stati senili e presenili, riprendendo indagini di recente iniziate da Erdheim. Dopo avere discusso ed illustrato in linea di massima la morfogenesi delle modificazioni della calotta cranica nelle varie età come base per un preciso studio della patologia di questa, limitano per il momento le loro conclusioni al rilievo più chiaro e più importante vale a dire che lo spessore della calotta aumenta con l'aumentare dell'età e che questo aumento è reale e sostanziale fino all'età adulta, mentre negli stati senili e presenili lo spessore della calotta aumenta essenzialmente per una dilatazione spesso di grado notevole degli spazi diploici con assottigliamento corrispondente delle trabecole ossee della diploe.

Dominici F. — *In tema di sfregio: spunti di pratica peritale.*

La modificazione del timo, della milza e delle linfoghiandole in animali trattati con urina di donna gravida.

Dott. Nevenca Nencewa. — L'A., con protratto trattamento di cavie giovani a mezzo di urina di donna gravida (prelevata da soggetti all'VIII e IX mese di gravidanza ed inoculata integra nel quantitativo di 2 cc. sottocute quasi giornalmente per un periodo tra i 20 e i 30 giorni) ha osservato evidentissima ipotrofia timica proporzionale alla durata del trattamento; nel quadro microscopico di tale ipotrofia oltre la riduzione della corticale è chiara anche una riduzione della midollare con diminuzione reale del numero di corpuscoli di Hassal. L'A. ha osservato anche un evidente aumento del volume e del peso della milza nella cavia femmina, meno evidente nella cavia maschio (come meno evidente appare anche nei ratti). Tra le cause della ipertrofia della milza della cavia non deve essere trascurato l'enorme accumulo di cellule a corpi inclusi di Foà Kurloff. Nessuna modificazione è stata notata per l'apparato linfoghiandolare degli animali trattati.

Il Segretario.

Società Medica Coloniale della Libia.

Seduta del 29 gennio 1939.

Presidente: prof. CIOTOLA.

Il prof. TRIPODI presenta un caso classico di *malattia di Kaposi*, sarcomatosi multipla diffusa emorragica, iniziatasi un anno fa in un contadino proveniente dalla Madre Patria. Il caso è molto dimostrativo e suscita vivo interesse.

Il dott. AZZARELLO illustra una caratteristica *sindrome a tipo meningo-encefalitico osservata in alcuni bambini precedentemente sottoposti a röntgendepilazione* per tigna del cuoio capelluto; ne descrive i caratteri principali, il decorso, la durata di circa un mese e la completa guarigione; accenna alle possibili cause ed esorta i colleghi a studiare i soggetti che eventualmente potessero cadere sotto la loro osservazione riservandosi una più ampia esposizione non appena potrà studiare in modo più completo tali casi. La comunicazione suscita viva discussione specialmente per quanto riguarda la diagnosi tra meningite sierosa e meningo-encefalite e ad essa prendono parte in special modo il prof. BETTÒLO e il dott. BRAVI.

Il prof. BETTÒLO chiede se vi fossero tare ereditarie nei bambini, tare che in qualche caso il dott. AZZARELLO afferma essersi potuti certamente escludersi.

Il prof. BETTÒLO pur riconoscendo che i fatti, particolarmente interessanti, notati dal dott. Azzarello necessitano di ulteriore studio nei riguardi delle ricerche sul liquor, è del parere che essi siano probabilmente da imputarsi a manifestazioni infiammatorie reattive acute, lievi e di breve durata dei plessi corioidei e dell'ependima ventricolare, indotte dalla röntgenterapia in soggetti predisposti costituzionalmente.

Il prof. SUPERBI pensa che potrebbe trattarsi di una speciale idiosincrasia ai raggi.

Il prof. CIOTOLA ricorda gli inconvenienti descritti dall'applicazione del casco per la permanente. I vari interlocutori concordano tutti nell'auspicare uno studio più completo sul liquor e sull'esame del fondo dell'occhio.

Il dott. RAVARA studiando il *diverso comportamento della Weil-Felix in una endemia di tifo petecchiale in Tripolitania* con casi che presentavano negatività della reazione ed esantema petecchiale notevole ed altri con positività della reazione ed assenza dell'esantema e con presenza in tutti gli ammalati di notevoli sintomi a carico del sistema nervoso ed in taluni con presenza di petecchie anche al palmo delle mani ed alla pianta dei piedi, si chiede se questi sintomi siano da considerarsi come localizzazione primaria del sistema vasale con speciale interessamento degli organi nervosi con scarsa o nessuna produzione di tossine o non siano piuttosto da considerarsi come fenomeni allergici.

Il prof. BETTÒLO concorda in parecchi punti con il dott. RAVARA, ma pensa che al fattore tossico si debba dare una importanza molto notevole nella determinazione della fenomenologia nervosa; non ha mai notato nei casi osservati in A.O.I. nè in quei pochissimi osservati a Tripoli l'esantema al palmo delle mani ed alla pianta dei piedi; l'assenza della positività della Weil-Felix in alcuni casi potrebbe interpretarsi, come è solito avvenire per altre infezioni, come un fenomeno anergico.

Il dott. NASTASI ricorda che anche nei casi di febbre esantematica mediterranea verificatisi a Tripoli, la Weil-Felix ha dato sempre risultato negativo anche se cimentata con molti ceppi di Proteus X 19 di diversa origine.

Il dott. PISTONI concorda con il prof. Bettòlo per la prevalenza ed importanza clinica dei fenomeni tossici nel tifo esantematico e, premesse alcune osservazioni fatte in A. O. sulla stessa malattia, accenna alla necessità dell'uso dei vari ceppi del Proteus X 19 nella reazione della Weil-Felix specie nei riguardi del ceppo Kingsbury che può talvolta dare indicazioni sul settore della malattia stessa; conclude con l'affermare la specificità della stessa reazione per il tifo esantematico quando essa raggiunga determinati titoli e si inquadri con la sintomatologia clinica. Il prof. Ciotola riferisce che negli ultimi casi di tifo petecchiale due soli ammalati su otto hanno avuto manifestazioni esantematiche e che si è avuto soltanto un morto.

Il dott. CARLINO riferisce su *alcune questioni in tema di politica demografica*, passa in rassegna i molteplici fattori passivi del demografismo per mettere in particolare rilievo delle questioni climatico-coloniali e di attualità sportiva che costituiranno argomento di studio e di accertamenti per una migliore profilassi eugenetico-demografica.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il comportamento del medico di fronte a metrorragie atoniche. Tamponamento utero-vaginale od iniezione di post-ipofisi?

E. Giudici (*Clinica ostetrica*, sett. 1938) richiama l'attenzione sui pericoli che può presentare il tamponamento utero-vaginale fatto in occasione di metrorragie atoniche post-abortum. Talvolta, esso si pratica senza attendere l'esito dei consueti presidi terapeutici o per emorragie lievi o transitorie; alle volte, l'intervento è mal fatto, anche per necessità ambientali o di assistenza, per cui l'asepsi diventa un mito irraggiungibile: oppure la medicazione viene lasciata *in situ* per 24-48 ore senza nessuna necessità; oppure lo si ripete inutilmente. Tutte queste manovre possono essere assai dannose per il destino ginecologico delle pazienti che le hanno subìte.

L'A. discute i motivi che impediscono l'utilizzazione da parte del medico pratico dell'iniezione endovenosa di post-ipofisi e la diffidenza che al riguardo porta il medico condotto, per il quale invece potrebbe riuscire particolarmente vantaggiosa nel volere evitare inutili tamponamenti utero-vaginali in ambienti disadatti. Propone pertanto di sostituirvi l'iniezione intra-parenchimale sul collo di estratti post-ipofisari, che presenta la stessa efficacia, pur essendo meglio tollerata. Dimostra la sua utilità soprattutto nelle improvvise metrorragie da inerzia dopo parti ed aborti avvenuti a domicilio, illustrando, con gli esiti probativi da lui ottenuti in una ricca casistica, le modalità di tecnica, che rendono più sicuro ed efficace questo metodo di facilissima applicazione, anche nelle più disagiate condizioni. *fil.*

Colibacillosi a tipo setticemico in gravidanza.

G. Paci (*Clinica ostetrica*, dic. 1938) riferisce il caso di una giovane, fisicamente debole per linfatismo ed anemia, in cui al IV mese della quarta gravidanza (due erano state seguìte da aborto) insorge una febbre a brivido, con 40° di temperatura e gravi condizioni generali. Polso filiforme a 130, ittero e blocco renale: *B. coli* nelle urine. Reazione muscolare intensa al quadrante addominale superiore destro, dove l'inferma accusa un dolore intenso in vicinanza del rene. Nonostante le cure (retto- e fleboclisi, siero-vaccino anticoli, ecc.) le condizioni si aggravano e tali permangono fino alla 15ª giornata. Insorgono allora dei brividi, aumento di temperatura che si era un po' abbassata e contrazioni uterine, notevole emorragia uterina ed espulsione spontanea di un feto di 4 mesi; dopo di che la temperatura si andò gradatamente abbassando e le condizioni generali andarono migliorando fino alla guarigione.

La presenza del prodotto del concepimento in una donna già minorata nei suoi poteri difensivi (non poteva nemmeno sopportare le iniezioni di preparati jodici che determinavano degli ascessi) aveva avuto l'effetto di aggravare l'infezione da *B. coli*, specialmente per quanto riguarda il blocco epato-renale; ciò è anche dimostrato dal fatto che l'espulsione ha portato la guarigione. *fil.*

Tolleranza della pelvi femminile per i corpi estranei.

All'esame di una donna ricoverata per aborto da sifilide, T. Manna (*Clinica ostetrica*, dicembre 1938) avvertì attraverso il fornice vaginale anteriore un corpo duro leggermente curvo, spostabile. L'esame radiografico dimostrò trattarsi di una cannula di gomma del diametro di 3 mm., posta a squadra nel piccolo bacino. Si trattava di una candeletta introdotta a scopo abortivo 5 anni prima; la gravidanza aveva proseguito normalmente; sui 3 mesi, la donna venne operata per « formazione cistica vaginale » intervento complicato da grave emorragia. Evidentemente, tale formazione vaginale era da interpretarsi come un ematoma determinato dalla candeletta, che aveva leso alcuni vasi del bacino, causando una emorragia interna senza provocare l'aborto, perchè la candeletta (introdotta da una donna di 70 anni), anzichè penetrare nell'utero era scivolata lateralmente ad esso.

La candeletta non venne estratta perchè per il fatto della frammentazione avrebbe richiesto un intervento laparatomico indaginoso, mentre la sua presenza non provocava nessun danno. *fil.*

La congestione premestruale dei seni.

In alcune donne, si manifesta un certo tempo prima delle mestruazioni congestione e dolore alle mammelle, che spesso aumenta d'intensità fino allo stabilirsi del flusso mestruale, dopo il quale tende a cessare.

Tale disturbo ha certamente origine endocrina ed è noto, di fatto, che nel trattamento con estrina, le pazienti avvertono una certa molestia ai seni, che viene anzi considerata come un segno dell'efficacia del trattamento. Nella congestione premestruale, potrebbe pertanto essere indicata la somministrazione del corpo luteo, che è antagonistico dell'estrina.

D. MacLeod (*Practitioner*, genn. 1938) consiglia il trattamento seguente: 1) portare un reggipetto adatto; 2) limitazione dell'ingestione di liquidi; al mattino una dose di solfato

di magnesio; 3) può essere utile la seguente miscela:

Joduro di potassio	cg.	65
Tint. di belladonna	cmc.	0,55
Sciroppo di arancio	»	1,70
Acqua di cloroformio q. b. per	g.	30

Se tale terapia fallisce, tentare le iniezioni di progesterone, 1 unità internazionale, a giorni alterni per l'ultima quindicina del ciclo mestruale. *fil.*

Tabe dorsale nei bambini.

S. Wendt (*Acta Paediatr.*, n. 2, 1939) dice che tutti i sintomi della tabe dorsale degli adulti si possono osservare anche nei bambini: ma la frequenza con cui si manifestano i singoli sintomi varia nell'adulto e nel bambino in modo tale da far considerare la tabe di quest'ultimo come una entità clinica a sè.

Nella maggior parte dei casi la tabe colpisce bambini con sifilide congenita: solo in rari casi si tratta di sifilide postnatale, acquisita precocemente. Per lo più i sintomi di tabe si manifestano all'epoca della adolescenza: si conoscono però dei casi ad inizio più precoce, perfino a tre anni di età. È prediletto il sesso femminile (numero doppio di casi). Per lo più si ricorre al medico a causa di svariati disturbi oculari, soprattutto in conseguenza di atrofia del nervo ottico (nell'80 % dei casi). Le pupille si presentano ineguali e non reagiscono alla luce, mancano i riflessi tendinei agli arti inferiori e spesso anche a quelli superiori. Solo nel 25 % dei casi i bambini si lagnano di dolori lancinanti. Segni di atassia sono molto rari, tanto che la esistenza di una spiccata atassia parla contro la esistenza di una tabe. La Wassermann riesce positiva nel sangue e nel liquor nel 60-70 % dei casi. La prognosi è molto buona quoad vitam: invece la vista va precocemente perduta nei frequenti casi in cui l'atrofia del nervo ottico è uno dei sintomi. Nella tabe infantile si deve istituire precocemente una cura malarica di 7-10 accessi febbrili. Subito dopo se lo stato generale lo consente, una cura chemoterapica con mercurio, neosalvarsan e bismuto. Sono riferiti due casi clinici. P.

L'anoressia mentale nel bambino.

Si trova assai spesso nei bambini e ragazzi di ogni età, anche nei poppanti. J. Comby (*Soc. méd. hôp.*, Paris, 16 dicembre 1938) ne ha osservato molti casi. L'A. esclude che si tratti di cachessia ipofisaria, ma piuttosto di una specie di nevrosi che confina con la vesania. L'opoterapia fallisce sempre e nessuna droga arriva a trionfare del male. Il vero trattamento consiste nell'isolamento, la rialimentazione e la persuasione.

Nella stessa seduta e parlando sullo stesso argomento, De Massary ha osservato che egli ritiene si tratti di una psicosi di un andamento del tutto speciale. Babonneix distingue i casi banali, che guariscono con la persuasione e quelli che sboccano nella demenza precoce. *fil.*

Contributo alla sindrome di Adie.

La sindrome di Adie — pupillotonia associata ad areflessia — offre ancora molti lati oscuri. Sembra che la ereditarietà abbia una certa importanza. La sindrome è determinata secondo alcuni da una lesione della regione ipotalamica.

Si è pensato anche a fattori avitaminici, nel caso dell'A. la somministrazione di abbondanti vitamine non ha dato alcun risultato. La malattia non ha tendenza alla progressione. Nel caso di H. Braun (*Deut. Mediz. Wochenscr.*, n. 52, 1938) il paziente all'età di 22 anni, passando alla luce viva per leggere un libro, vide improvvisamente confuse tutte le lettere. L'esame obbiettivo dimostrò che le pupille, ineguali (la destra più ampia) non reagivano affatto alla luce. Soltanto dopo un lungo adattamento al buio (40 minuti) si manifestava una leggera reazione alla luce, meno evidente a destra. Alla reazione di convergenza le pupille reagivano in modo molto torpido, la sinistra meglio che la destra. Pochi secondi prima dell'inizio della riconvergenza le due pupille persistono per un brevissimo tempo in miosi. Dopo 50 secondi la riconvergenza è ultimata. Riflessi corneale e congiuntivale normali, normali il fondo oculare e il campo visivo. Le pupille reagiscono bene ai miotici e ai midriatici. Mancano da ambo i lati i riflessi achillei, i riflessi radiali sono molto deboli: gli altri riflessi tutti normali, nessun riflesso patologico. Reazioni sierologiche negative, il resto dell'esame obbiettivo dà reperto normale. Il paziente si alimentava con cibi ricchi di vitamina. P.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

La diagnosi delle perforazioni polmonari.

Sono note le difficoltà inerenti alla diagnosi di perforazione polmonare, spontanea od operatoria. L'ascoltazione, la radiologia, l'analisi dei gas pleurici, la prova del blu di metilene sono metodi infidi e nemmeno la prova manometrica ha grande valore, tanto più se si tratta di una perforazione stretta. Purtroppo, il più spesso, sono l'infezione della cavità pleurica, la tosse e la vomica che costituiscono le prime manifestazioni di questa complicazione.

C. Auguste e R. Pluchard (*Rev. de la tuberculose*, novembre 1938) hanno escogitato un metodo che a quanto essi riferiscono risponde abbastanza bene. Si tratta di introdurre nella cavità pleurica una sostanza ad odore forte e caratteristico che, nel caso di esistenza di fistola, verrà prontamente avver-

tito dal paziente. La sostanza scelta è l'essenza di *Mentha piperita*. Per evitare che essa irriti con suo contatto la pleura, gli AA. hanno trovato conveniente di saturarne i gas da insufflazione pneumotoracica facendoli dapprima passare attraverso tamponi di cotone impregnati di essenza e di introdurli poi nella pleura. Cautela essenziale si è d'impedire che l'odore si spanda nell'ambiente. Quando la prova è positiva, il paziente non tarda ad avvertire l'odore caratteristico; se invece, essa è negativa, l'odore non è percepito nemmeno dopo lungo tempo.

Oltre alla diagnosi di perforazione, il metodo serve bene per seguire l'evoluzione di questa, rilevandone eventualmente la chiusura; sono altresì diagnosticate senza ritardo tutte le perforazioni operatorie del pneumotorace terapeutico. La semplicità della tecnica e l'innocuità della prova ne permetteranno un largo uso. *fil.*

MEDICINA SCIENTIFICA

Allergia ed immunità prodotta dai bacilli morti emulsionati in oli vegetali.

Partendo dal dato di fatto che la somministrazione di bacilli tubercolari morti, sospesi in olio d'ulivo, conferisce agli animali da esperimento una resistenza all'infezione superiore a quella che si ottiene somministrando agli stessi animali (a parità di dosi e di via di somministrazione) bacilli tubercolari morti sospesi in soluzione fisiologica, Coulaud E. (*Ann. Inst. Past*, 1938, 4, 355) studia il comportamento della resistenza degli animali di laboratorio nei confronti di sospensioni di bacilli tubercolari morti sospesi in olio di ulivo neutro, in olio d'ulivo rancido, olio di ricino, e paragona questi risultati a quelli che si ottengono usando bacilli tubercolari sospesi in lanolina e paraffina (solida ed in forma oleosa). Le conclusioni che l'A. può trarre dalle sue esperienze possono essere così riepilogate:

L'allergia che si può ottenere iniettando dei bacilli morti emulsionati in olio d'ulivo neutro, olio d'ulivo rancido, olio di ricino, sotto la cute degli animali di laboratorio, è meno precoce e meno evidente di quella che si può ottenere utilizzando delle emulsioni in lanolina e in paraffina ma, d'altra parte, non sembra ammissibile che tale stato di allergia debba considerarsi più precoce, più marcato, più duraturo di quello che si ottiene adoperando, a parità di dosi e di via di somministrazione, bacilli morti sospesi in soluzione fisiologica. Inoltre determinando delle lesioni polmonari (con iniezioni endovenose per es.) si osserva che le lesioni che si ottengono sono così precoci e così marcate, di ricordare completamente le lesioni ottenute con sospensioni in paraffina.

L. TRAVIA.

POSTA DEGLI ABBONATI

All'Abbonato S. M. da B. Possiamo concludere:

« Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia » (antico Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle) redatto e pubblicato dai proff. A. Passini e A. Bellini. Si pubblica in fascicoli bimestrali - Milano, Via Pace, 9.

« Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia » fondato e diretto dal prof. Eugenio Martinotti. Si pubblica in fascicoli bimestrali - Bologna, Casa Editrice Cappelli.

« Il Dermosifilografo » Rivista mensile, diretta dai proff. J. Cappelli, E. Bizzozzero e G. Mariani - Edizioni Minerva Medica - Via Martiri Fascisti, 15

V. MONTESANO.

VARIA

L'Etiopia e le piante medicinali.

Le principali droghe esotiche che l'Italia importa dall'estero sono rappresentate dalla cassia, dal tamarindo, dall'aloe, dalla canfora e dall'oppio per un valore che nel 1937 si aggirava sui 7 milioni di lire. Tali droghe provengono a noi per la maggior parte dalle Colonie inglesi, e poi dalla Cina, dalla Turchia, dagli Stati Uniti e dal Canadà.

Ora l'Impero può assicurarci la completa autarchia anche in questo campo. Diverse specie di aloe crescono infatti abbondantissime e rigogliose negli altipiani dell'Eritrea e degli altri Governi dell'Etiopia. L'albero del tamarindo, come è ormai noto, cresce rigoglioso nei boschi etiopici, specie nelle medie zone dei « quollà » e non ha nulla da invidiare ai tamarindi coltivati nelle Indie orientali. La cassia fornisce una droga simile a quella del tamarindo per natura e per l'uso. In Etiopia e specialmente nei bassipiani eritrei, vegetano diverse specie di cassia da cui si ricava la comune « senna ». Questa in passato veniva venduta in Egitto da dove, dopo le opportune manipolazioni, prendeva la via dei mercati europei ed americani e da questi mercati entrava in Italia al più alto prezzo.

Anche la canfora ci può venire dall'Etiopia, ricavandola da una pianta arborescente, la « Merianda benphalenis », chiamata dagli indigeni « Nehebà ». Altra droga, pure usata in farmacia e in terapeutica, oltre che nel campo industriale, è rappresentata dalla « gomma arabica » per la quale il nostro Paese, con la produzione dell'Eritrea, della Somalia e lo sfruttamento delle diverse specie di Acacia dell'Etiopia, non solo potrà rendersi indipendente dall'estero, ma potrà anche alimentare un buon commercio di esportazione.

(« Rass. int. Clin. e Ter. », 15 febbr. 1939).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Concorso universitario - Domanda di annullamento - Limite - Autonomia del giudizio della Commissione - Criteri.

Può il concorrente deluso dal risultato del concorso limitare la sua domanda di annullamento alla dichiarazione negativa della maturità scientifica di lui, rimanendo impregiudicato il procedimento del concorso, compresa la formazione della terna degli eleggibili?

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 13 luglio 1938 n. 399, ha risposto negativamente, per considerazioni che sembrano correttissime. Le riferiamo potendo interessare dal punto di vista *della precisazione degli scopi dei concorsi a cattedre universitarie e degli interessi tutelabili in giudizio.*

« I concorsi a cattedre universitarie hanno per legge un unico scopo, quello di designare coloro sui quali può cadere la nomina. E a questo scopo le Commissioni giudicatrici provvedono, proponendo, al più, tre candidati che esse ritengono degni di coprire il posto messo a concorso (art. 73 del testo unico sulla istruzione superiore, approvato con regio decreto 31 agosto 1933, n. 1592). Quella che secondo la tradizione accademica, è denominata dichiarazione di maturità scientifica, non costituisce un effetto autonomo del concorso, ma rappresenta una operazione preliminare che logicamente deve essere compiuta in ogni concorso, al fine di accertare quali fra i candidati siano idonei a ricoprire il posto di cui si tratta, per istituire, quindi, fra essi, e fra essi soltanto, il giudizio comparativo attraverso il quale si giunge alla designazione del vincitore o dei vincitori. La dichiarazione di maturità non possiede altro valore giuridico che non sia questo, di atto meramente preparatorio, ai fini della formazione della terna. Una dichiarazione di maturità con effetti giuridici autonomi non esiste nel sistema dei concorsi universitari. Ed, infatti, di tale dichiarazione la legge non fa parola, poichè se ne trova un cenno indiretto soltanto nel citato art. 73 del testo unico, ove, dicendosi che i candidati inclusi nella terna devono essere ritenuti dalla Commissione degni di coprire il posto messo a concorso, si presuppone appunto un giudizio sulla idoneità di tutti i concorrenti. Ben s'intende che la dichiarazione di maturità, come la dichiarazione di idoneità in altri concorsi, può costituire un titolo di notevole importanza per la partecipazione a successivi concorsi o ad altri effetti. Ma questo valore che può essere riconosciuto alla dichiarazione di maturità, da parte di autorità investite di una facoltà discrezionale di apprezzamento, non costituisce un effetto giuridico ad essa collegato dalla legge, bensì un effetto pratico indiretto, estraneo al fine al quale la dichiarazione stessa è preordinata.

« Ciò premesso, ne deriva logicamente che il giudice di legittimità non può limitarsi all'annullamento della dichiarazione relativa alla maturità di un candidato, senza trarne le inevitabili conseguenze in ordine alle successive operazioni compiute dalla Commissione giudicatrice, e specialmente alla formazione della terna. La conferma di ciò è data dalla inammissibilità delle conseguenze alle quali condurrebbe un annullamento così limitato. Poichè, se, in ipotesi, fosse annullata la dichiarazione relativa alla maturità del prof. Barbàra, l'autorità amministrativa non potrebbe provvedere alla emanazione di un nuovo atto, in sostituzione di quello annullato, e cioè, a un nuovo giudizio sulla maturità del ricorrente. E non lo potrebbe appunto per la ragione che un procedimento autonomo, il quale tenda alla dichiarazione di maturità o di immaturità per se stessa, non è concepibile nel nostro sistema dei concorsi universitari. Ciò ha ben compreso la insigne difesa del ricorrente la quale ha dichiarato che, ove fosse annullata la dichiarazione relativa alla maturità del prof. Barbàra, nessun ulteriore provvedimento dovrebbe adottare l'autorità amministrativa non potendosi più procedere alla convocazione della Commissione giudicatrice, dopo che il concorso si è esaurito, con la formazione della terna, e con l'assegnazione del posto messo a concorso. Ma, in questo modo, si giunge a una conseguenza altrettanto inammissibile, e cioè, a un annullamento, per così dire, senza rinvio, il quale può giustificarsi soltanto quando si tratti di un atto che l'autorità amministrativa avesse la facoltà di emanare o meno, non già quando sia annullato un atto che l'autorità amministrativa fosse tenuta ad emanare. E questa è appunto la ipotesi che si verifica nella specie, poichè, avendo il prof. Barbàra regolarmente partecipato al concorso in questione, un giudizio sulla sua domanda non poteva mancare. Perciò, un annullamento che ponga il ricorrente nella condizione in cui si sarebbe trovato se al concorso non avesse preso parte è giuridicamente inammissibile ».

La stessa decisione 13 luglio 1938 n. 399 ha poi dichiarato che i giudizi delle Commissioni giudicatrici dei concorsi universitari hanno carattere autonomo; possono anche non tener conto di precedenti giudizi espressi sugli stessi candidati da altre Commissioni. E non può ritenersi illegittimo il criterio di riservare la dichiarazione di maturità scientifica solo a quei candidati che « per mentalità, indirizzo ed attività avessero dato affidamento di essere o già prossimi alla meta o sicuramente avviati alla carriera scientifica e didattica ».

Il principio che impone la votazione r scrutinio segreto, quando si tratti di quistioni concernenti persone, non è applicabile alle Commissioni giudicatrici dei concorsi universitari.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vaccino-profilassi.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica, Div. VI C - Sez. III) ha diramato ai sigg. Prefetti del Regno ed a S. E. il Governatore di Roma la seguente circolare n. 45 in data 22 febbr. 1939-XVII:

Sull'esecuzione della vaccino-profilassi con particolare riguardo alle vaccinazioni antitifoidee, paratifoidee, antidifteriche e antitubercolari, si dispone quanto appresso:

1° *Vaccinazioni antitifoidee e paratifoidee.*

In relazione alle istruzioni impartite con le circolari del 2 marzo 1937, n. 43 e del 12 aprile 1938, n. 56, il Ministero deve, anzitutto, richiamare nuovamente la particolare attenzione delle VV. EE. sulla opportunità che sia svolta continua sorveglianza all'importante pratica immunizzante, allo scopo di ottenerne, al più presto, lo sviluppo necessario. Tali vaccinazioni vanno rigorosamente attuate, non solo nelle persone per cui esse sono obbligatorie, ai sensi del Decreto del Capo del Governo del 2 dicembre 1926, ma anche e tempestivamente in tutti quei distretti di popolazione nei quali si notano particolari condizioni di predisposizione locale o di ricorrenze di fatti epidemiologici.

Allo scopo di rimuovere gli ostacoli di ordine finanziario dovuti alla deficienza dei mezzi a disposizione dei Comuni, si prospetta alle VV. EE. la opportunità che venga data la massima applicazione alle norme dell'art. 92 del T. U. delle Leggi Sanitarie, circa l'integrazione della Provincia nei servizi sanitari relativi, avvertendo che quando detta integrazione non venga volontariamente offerta dalla Provincia medesima, dovrà esercitarsi, quanto più largamente possibile, la facoltà discrezionale demandata alle VV. EE. dal medesimo art. 92 di rendere, cioè, obbligatoria l'integrazione in parola.

Il Ministero ritiene che il deposito del vaccino e la collaborazione nella sorveglianza debbano essere affidate al Laboratorio provinciale di Igiene e Profilassi e precisamente alla sezione profilattica del reparto medicina, ai sensi della Circolare n. 162 del 10 dicembre 1938.

2° *Vaccinazioni antidifteriche.*

Il Ministero, mentre fa richiamo alle Circolari del 22 gennaio 1938, n. 21, e del 2 dicembre u. s., n. 161, con raccomandazione di esatto adempimento delle norme impartite, si riserva di emanare, al più presto, nuove disposizioni nei riguardi dell'obbligatorietà delle stesse vaccinazioni, in corso di esame.

3° *Vaccinazioni antitubercolari.*

Nonostante le precise disposizioni impartite con la ordinanza ministeriale del 4 agosto 1937 e con le Circolari del 28 settembre 1937, n. 145, e 28 gennaio 1938, n. 25, si è dovuto constatare che non sono stati finora dati ai servizi relativi l'assetto e lo sviluppo necessari.

Si raccomanda vivamente alle VV. EE. di invitare i Consorzi prov. antitubercolari alla ottemperanza esatta di quanto è stato prescritto nei riguardi dell'importante servizio, curando, altresì, che a carico del fondo del bilancio destinato all'azione preventoriale venga assegnata una apposita somma per l'acquisto del vaccino e far fronte alle altre spese occorrenti per il regolare svolgimento dei servizi relativi.

Si resta in attesa di una circostanziata informazione dei provvedimenti presi.

Pel Ministro: BUFFARINI.

MEDICINA SOCIALE

L'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi estesa ai maestri elementari.

Con decreto pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », le norme che disciplinano l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi, contenute nel R. Decreto-legge 4 ottobre 1935-XIII, n. 1827, sono estese, in quanto applicabili e per quanto non sia diversamente disposto dal presente decreto-legge, al personale di ruolo di ambo i sessi appartenente alle categorie seguenti: *a*) maestri delle scuole elementari dello Stato e Regi direttori didattici; *b*) maestri elementari dei Regi istituti di educazione maschili e femminili. È soggetto all'obbligo dell'assicurazione anche il personale appartenente alle categorie suindicate, la cui retribuzione ragguagliata a mese superi le L. 800 mensili nette.

Le prestazioni assicurative a sensi dell'art. 69 del R. decreto-legge 4 ottobre 1935-XIII, n. 1827, si estendono anche ai componenti della famiglia degli assicurati.

Quali componenti la famiglia, agli effetti di cui al comma precedente si intendono: *a*) la moglie; *b*) il marito invalido dell'insegnante assicurata; *c*) i figli legittimi e naturali legalmente riconosciuti, i fratelli e le sorelle, purchè tutti conviventi ed a carico e di età non superiore ai 21 anni.

Agli assicurati, i quali abbiano a carico persone di famiglia fra quelle indicate nell'articolo precedente, è corrisposta, in caso di ricovero, una indennità giornaliera di L. 6 per il periodo massimo di sei mesi a decorrere dal giorno in cui cessa la corresponsione di qualsiasi emolumento da parte dell'Amministrazione dalla quale gli assicurati dipendono.

Nel caso di cura a domicilio l'indennità giornaliera, con le modalità di cui al precedente comma, spetta agli assicurati anche quando non abbiano a carico persone di famiglia.

Si provvede alle prestazioni assicurative mediante il contributo annuale di L. 36 per ciascun assicurato, di cui metà a carico dell'assicurato stesso e metà a carico dello Stato.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Cagliari. *R. Prefettura.* — Concorsi a 14 condotte mediche; stipendi L. 8000-10.130 (in corso di destinaz. per Assemini) e 4 quinquenni dec.; per alcune condotte indenn. trasp. e indenn. uff. san. Scad. ore 12 del 29 aprile. Chiedere annunzi.

Genova. *Ospedali Civili.* — Assistente in radiologia e terapia fisica; stip. L. 4500; il concorso è riservato ai sanitari di sesso maschile; età limite 30 a.; titoli ed esami; tassa L. 50. Chiedere avviso. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale di S. Martino). Scad. ore 17 dell'11 aprile.

Reggio Emilia. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico nel dispensario prov.; titoli ed esami; stip. L. 12.000 oltre indenn. serv. att. L. 2 mila; è consentito il libero eserc. Scad. ore 18 del 31 marzo. Chiedere annuzio. Rivolgersi alla Segreteria.

Roma. *Istituto Nazionale delle Assicurazioni.* — Sei posti di medico nel ruolo del Servizio Sanitario; titoli ed esami; scad. ore 12 del 15 aprile. Non sono ammesse le donne e gli appartenenti alla razza ebraica. Età limite 35 a. Stip. L. 17.169,40 nette; eventuale aggiunta di famiglia. Per informazioni e per copie del bando di concorso rivolgersi alla Direz. generale (Servizio Personale, via Sallustiana 51, Roma).

Roma. *Ministero della guerra.* — Con decreto 28 gennaio 1939, pubblicato sulla « Gazzetta Ufficiale » n. 38 del 15 febbraio, è indetto, nei ruoli degli ufficiali in servizio permanente effettivo, un concorso per titoli ed esami a 73 posti di tenente medico.

Le domande dei concorrenti, corredate di tutti i documenti prescritti, dovranno essere presentate, non oltre il 16 aprile p. v., al Comando del distretto militare cui sono effettivi, oppure, se in servizio militare, al Comando del Corpo od Ente dal quale dipendono, ovvero, in tutti gli altri casi, al Comando del distretto nella cui circoscrizione risiedono.

I concorrenti residenti all'estero hanno l'obbligo di presentare la domanda, nel termine suddetto, alla competente autorità diplomatica o consolare.

Siena. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — Medico assistente presso l'Ospedale Psichiatrico di S. Niccolò; proroga al 15 marzo, ore 12.

Venezia. *Ospedali Civili Riuniti.* — Aiuto presso l'Istituto di anatomia patolog.; età limite 35 a. al 22 febbr.; titoli ed esami; assegno annuo lire 4800 non aumentabili; chiedere annunzio; tassa L. 50,20. Rivolgersi alla Segreteria.

RR. Prefetture.

Condotte mediche di:

Chieti, 7 posti; scad. 31 marzo, ore 12;
Ferrara, 7 posti; scad. 29 aprile, ore 12;
Materna, 2 posti; scad. 30 aprile, ore 18;
Perugia, 15 posti; scad. 30 aprile, ore 16;
Reggio Em., 5 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Vercelli, 12 posti; scad. 15 aprile.
Dispensario antivenereo di Aosta: direttori; scad. 15 aprile.

Rivolgersi alle RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

Consorzi Prov. Antitubercolari.

Genova, per vice-direttore; stip. L. 18.000 e 4 quinquenni dec.; indenn. carica L. 9000; scad. 8 maggio, ore 18;

Littoria, per direttori delle Sezioni di Gaeta-Fondi, Priverno-Terracina; Formia-Minturno; stipendi L. 11.320 (pel 1° posto stip. L. 8856 fino alla istituz. della Sez. dispensariale di Fondi); indennità serv. att. L. 2160; scad. 14 aprile, ore 18.

Rivolgersi alle Segreterie.

Ufficiali medici in servizio nell'A. O. I.

Con Regio decreto 8 dic. 1938-XVII pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », agli ufficiali medici specialisti in congedo che, previo accertamento della loro specializzazione da parte dei competenti organi tecnici dei Ministeri della Guerra, della Marina e dell'Aeronautica secondo la Forza armata alla quale appartengono, ottengano entro il 30 giugno 1939-XVII, il richiamo in servizio per destinazione come tali nell'Africa Orientale Italiana, con obbligo di tre anni di effettiva permanenza, è concesso un premio di lire ventimila al netto delle riduzioni.

Il premio di cui sopra è pagabile in due rate: la prima dopo l'arrivo nella sede di servizio designata nell'Africa Orientale Italiana; la seconda al compimento del terzo anno di permanenza nell'Africa Orientale medesima.

La prima rata del premio deve essere restituita se, per ragioni disciplinari o in seguito a domanda non determinata da motivi di salute, venga disposto il rimpatrio prima del compimento di diciotto mesi di effettivo servizio nell'Africa Orientale Italiana. In caso di morte per cause di servizio prima del compimento del triennio di permanenza nell'Africa Orientale Italiana, la seconda rata del premio è dovuta per intero agli eredi dell'ufficiale.

Agli ufficiali anzidetti spetta la licenza ordinaria coloniale soltanto al compimento del triennio di servizio nell'Africa Orientale Italiana nella misura di giorni 180.

È data sanatoria per i provvedimenti adottati dal Ministero dell'Africa Italiana per il trattamento economico degli ufficiali medici specialisti richiamati dal congedo e destinati come tali nell'Africa Orientale Italiana anteriormente alla pubblicazione del presente decreto.

Concorsi a premi.

Concorso per uno studio su
« Il problema della razza e l'Africa Italiana ».

L'Ente per la Mostra Triennale delle Terre Italiane di Oltremare, bandisce un concorso per una monografia sul problema della razza nell'Africa Italiana.

Lo studio, basato su ricerche originali, ha per tema: « Il problema della Razza nell'Africa Italiana ».

Al concorso possono prendere parte tutti i laureati da non oltre 5 anni, e che siano cittadini italiani.

I lavori, che dovranno essere inediti e non essere stati presentati ad altri concorsi, devono essere inviati alla Triennale d'Oltremare - Concorso Razza - Via Domenico Morelli 7, Napoli, in tre copie dattilografate. Altre modalità consuete.

Il concorso si chiude il 31 dicembre 1939-XVIII.

Al lavoro prescelto sarà assegnato un premio unico di L. 6000.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il nostro amico e valoroso collaboratore dott. comm. Giovanni Lionetti, direttore nei Dispensari Dermoceltici del Governatorato di Roma, ha brillantemente conseguita, per concorso, la libera docenza in Clinica dermosifilopatica.

Il Lionetti, autore di pregevoli e numerose pubblicazioni, fa parte della Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma, diretta dall'illustre Maestro Pier Ludovico Bosellini.

Rallegramenti cordiali.

Il prof. Matteo Giaccia è nominato direttore generale sanitario degli Ospedali Riuniti di Napoli.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

Il « Comitato internazionale della luce » si adunerà a Torino il 27 maggio, nell'Ospedale Mauriziano (Istituto di Radiologia). In seno al Comitato verrà svolta una relazione su « La lampada a raggi ultravioletti *standard* », relatore il prof. Friedrich (Berlino), correlatori i proff. Deaglio (Torino) e Saidman (Parigi); sono anche in programma 10 comunicazioni. Il Comitato è presieduto dal prof. H. Jausion (Parigi); tra i vice presidenti è il prof. M. Ponzio (Torino), che sarà anche il presidente della riunione.

Il 4° Congresso nazionale di radiologia si adunerà a Torino, il 28 e il 29 maggio, nel locale predetto; ne sarà presidente onorario S. E. G. C. Vallauri; il Comitato ordinatore è presieduto dal prof. M. Ponzio e ne è segretario generale il prof. G. M. Reviglio. Il prof. Rasetti (Roma) terrà una conferenza sulle « Applicazioni biologiche delle sostanze radioattive artificiali ». Sono annunziate numerose relazioni e correlazioni, in tre sedute; concerneranno: 1° la dosimetria e la posologia radiologiche e 2° la radiologia in generale. Seguiranno comunicazioni sui temi trattati. Ai lavori prenderanno parte alcuni studiosi stranieri. Il programma comprende un ricevimento alla Podesteria e un pranzo sociale; il 30 maggio si farà una gita sociale.

Per iscrizioni, comunicazioni e informazioni rivolgersi alla Segreteria, Istituto Radiologico Mauriziano e della R. Università, Ospedale Mauriziano, Torino.

Ricordiamo che la Società tedesca per lo studio della circolazione terrà la sua 12ª riunione annuale il 25 e il 26 marzo, a Bad-Nauheim, nell'Istituto « G. Kerckhoff », sotto la presidenza del prof. E. Edens (Düsseldorf). Temi principali: L'elettrocardiogramma; Terapia dell'insufficienza cardiaca. Verranno fatte anche varie dimostrazioni. Quota per i soci RM. 10; per gli aderenti RM. 5. Programma e informazioni dal prof. Eb. Koch, Bad-Nauheim. Sede sociale: Residenzstr. 32, Dresden-Blasewitz.

La Società francese di ginecologia terrà le « Giornate ginecologiche di Bordeaux » l'11 e il 12 marzo; esse comprenderanno sedute operatorie e sedute scientifiche. L'iscrizione importa 80 franchi. Rivolgersi al presidente della riunione prof. Jeanneney, rue Castéja 22, Bordeaux; ovvero al segretario della Società, dr. Maurice Fabre, rue Jules-Lefebvre 1, Paris 9ᵉ.

La Società Medico-Chirurgica Bresciana, in unione col Centro Italiano di Criopatologia, ha tenuto un « Congresso invernale » nei giorni 18-19 febbraio a Ponte di Legno. Furono svolte le seguenti relazioni: 1) prof. Sabatini (presidente del Centro di Criopatologia): « La Criopatologia »; 2) prof. Di Macco (direttore dell'Istituto di Patologia della R. Università di Torino): « La fisiopatologia delle lesioni da bassa temperatura »; 3) prof. Cignolini (radiologo alla Clinica Medica della R. Università di Genova): « L'impiego della Marconiterapia nell'Esercito »; 4) dott. Castellanetto (maggiore medico): « I congelamenti nella storia degli eserciti e i loro insegnamenti profilattici »; 5) prof. Uffreduzzi (direttore della R. Clinica Chirurgica di Torino): « La chirurgia dei congelamenti »; 6) prof. Raverdino: « L'influenza delle cause perfrigeranti sulla produzione degli attacchi acuti di glaucoma ». Seguirono comunicazioni varie.

Si è tenuta a Milano un'adunanza dei medici dell' « Unione Nazionale Italiana Trasporti Ammalati a Lourdes e Santuari d'Italia », Sezione Lombarda. Il dott. Claudio Sironi, presidente del gruppo, ha riferito sui risultati conseguiti nel recente pellegrinaggio a Lourdes; il dott. Giovanni Andreoni ha illustrato i fatti più salienti dei due pellegrinaggi a Loreto della Sezione Lombarda nel 1938. Allo scambio di idee che ne è seguito hanno partecipato i dottori Tajana di Como, Marini di Milano, Agliati di Vaprio, Nova di Monza.

I congressi medici francesi indetti per ottobre sono stati rimandati; quello di chirurgia si inaugurerà il 17 (invece del 3); così pure quello di urologia; quello di ortopedia il 21; quello di stomatologia il 24 (la seduta commemorativa del cinquantenario della Società di stomatologia è differita al 27); quella di oto-rino-laringologia al 24; quella di pediatria al 27; il congresso d'igiene e quello di elettroradiologia sono differiti ad epoche da destinarsi; così pure il 2° congresso internazionale di radioestesia.

Corso di aggiornamento per medici condotti.

Si sono svolti con successo questi Corsi istituiti nelle varie Provincie per la prima volta alla fine del decorso anno. Gli esempi offerti da quelli già svoltisi a Varese, per iniziativa del compianto prof. Cattaneo, a Padova organizzati da quel Sindacato medico, e a Cagliari per iniziativa del prof. Castaldi quando presiedeva quella Facoltà medica, oltre a quelli stranieri, sono stati di incitamento a che lo Stato stesso obbligasse a turno i medici a questo aggiornamento, per essere all'altezza del loro compito, perfezionarsi in esso, e con il prestigio derivante da soda cultura aumentare quei legami di fiducia tra malato e curante che rappresentano il rapporto indispensabile per il miglior adempimento della missione del Medico.

Mostra italiana della Maternità e dell'Infanzia a Bucarest.

Il 28 febbraio a Bucarest, nel salone ufficiale dell'Esposizione, gentilmente messo a disposizione dal Governo romeno, si è inaugurata una Mostra italiana della Maternità e dell'Infanzia.

All'inaugurazione, fatta dal Ministro d'Italia, hanno assistito vari membri del Governo, nonchè i Ministri plenipotenziari di Germania, di Spa-

gna, dell'Olanda, il Nunzio Apostolico ed i funzionari tutti della Legazione d'Italia.

Le autorità, i medici e gli specialisti, si son vivamente interessati al materiale esposto alla mostra, organizzata sotto gli auspici del Ministero fascista della Cultura Popolare.

La stampa romena dimostra anche essa vivo interesse per questa Esposizione e in lunghi articoli illustra quanto il Regime Fascista ha compiuto per la madre ed il fanciullo

Giubileo scientifico del prof. Polimanti.

Il prof. Osvaldo Polimanti, direttore dell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Perugia, lascerà nel corrente anno la cattedra da Lui occupata per 26 anni. In tale occasione un gruppo di colleghi, collaboratori, allievi ed amici ha stabilito di rendere omaggio alla sua carriera interamente consacrata alla scienza, all'insegnamento, agli interessi della Nazione, al ravvicinamento intellettuale fra scienziati di tutti i Paesi.

Al Comitato esecutivo se ne è aggiunto un altro più numeroso, in cui sono raggruppate alcune personalità italiane e straniere che più hanno potuto apprezzare l'opera scientifica e sociale di Osvaldo Polimanti.

In occasione del suo giubileo, in ottobre, gli saranno offerti una medagia ed un busto che lo scultore C. Petrone di Roma ha accettato di eseguire ed un volume di lavori che saranno pubblicati in suo onore. Questi verranno stampati nella « Rivista di Biologia » di cui il Prof. Osvaldo Polimanti è stato uno dei fondatori e della quale ha poi proseguito la pubblicazione da solo, contribuendo così, anche in questo campo, al progresso delle scienze biologiche.

I sottoscrittori saranno avvisati in tempo della data esatta della cerimonia, che avrà luogo nella R. Stazione Idrobiologica del Lago Trasimeno in Monte del Lago (Perugia), laboratorio fondato dal Polimanti nell'anno 1922.

Le adesioni vanno inviate al prof. Quinto Calabro, R. Istituto di Fisiologia, Casella Postale 129, Perugia.

Concorso per la produzione di estratti epatici.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) con decreto 26 novembre 1938-XVII, ha bandito un concorso fra gli studiosi italiani e i tecnici dirigenti le industrie produttrici di preparati biologici, per la preparazione del migliore estratto epatico a più alto contenuto di principio antianemico per la cura dell'anemia perniciosa.

Si fa presente che gli studi scientifici, le prove chimiche di laboratorio ed un sufficiente quantitativo della sostanza per i controlli del caso dovranno pervenire al predetto Ministero entro il 31 dicembre 1939-XVIII, e che al miglior ritrovato sarà assegnato, a giudizio di apposita Commissione, un premio di L. 15.000.

Il relativo decreto Ministeriale è stato pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del Regno in data 7 febbraio 1939-XVII, n. 31.

Azioni giudiziarie.

La Corte d'appello di Roma, Sezione infortuni del Lavoro, ha emesso un giudizio sulla indennizzabilità della deturpazione estetica del volto derivante da infortunio sul lavoro.

La giovane Esterina Manias, lavorando quale operaria in uno stabilimento di Segni-Scalo, il 3 luglio 1935 rimase vittima di un grave infortunio, per cui riportò forte trauma alla testa, con vasta perdita del cuoio capelluto alle due regioni parietali e scollamento del rimanente, nonchè disturbi all'organo dell'udito.

Non avendo accettato l'indennizzo che l'I.N.F.A.I.L. offriva sulla base del 12 e poi del 20 per cento di riduzione di capacità lavorativa, convenne l'Istituto stesso innanzi il Tribunale di Velletri. Fu espletata una perizia medico-legale che, in base ai disturbi accusati dalla Manias, concluse per una riduzione del 20 per cento, escludendo, però, che il deturpamento al viso potesse dar luogo ad indennità d'infortunio. Nonostante ciò, il Tribunale, accogliendo parzialmente la tesi della Manias, condannò l'Istituto a un indennizzo sulla base del 30 %.

Contro tale sentenza ricorse in appello sia l'Istituto che l'infortunata, assumendo il primo che male aveva fatto il Tribunale a superare l'indennità stabilita dal perito e sostenendo la seconda che l'indennità fissata era ancora insufficiente alla reale ed effettiva riduzione di capacità lavorativa ad essa derivata dalla grave deturpazione al viso.

La Corte ha emesso sentenza con la quale ha portato l'indennità d'infortunio al doppio di quella fissata dal Tribunale di Velletri, e cioè al 60 per cento. Circa il danno estetico la Corte ha affermato che esso è « bensì sufficiente a costituire un danno risarcibile ai termini della Legge sugli Infortuni, ma si deve trattare di danno estetico puro, cioè di danno inefficiente a produrre alcuna influenza sulla capacità lavorativa del sinistrato. Al contrario, quando il danno estetico esercita un'influenza diretta sulla capacità produttiva del prestatore d'opera esso ha e deve avere tutta la sua rilevanza anche agli effetti della indennizzabilità privata dalla Legge Infortuni »

Nel febbraio 1935 l'operaio Dolce Domenico in servizio presso la Società Mediterranea di Elettricità, mentre attendeva sul Lago di Isoletta al controllo delle pompe idrovore veniva colpito da un'improvvisa bronco-polmonite per cui decedette alla distanza di due giorni. Fu iniziata una istruttoria sulle cause che avevano tratto a morte l'operaio e si accertò che il Dolce viveva abitualmente in una cabina sull'argine del lago riscaldata da una stufa elettrica costruita e collocata abusivamente dall'operaio stesso, e che a causa del suo speciale servizio di controllo delle pompe sul lago a mezzo di una barca dall'una all'altra sponda, il Dolce era costretto ad un passaggio repentino dal caldo al freddo.

La causa fu portata, su istanza della vedova, a cognizione del Tribunale di Cassino, il quale rilevò trattarsi di un caso vero e proprio di bronco-polmonite « a frigore » contratta a causa ed in occasione di lavoro e conseguentemente ammise l'indennizzabilità del sinistro. Contro tale sentenba si gravò l'I.N.F.A.I.L. sostenendo che il freddo non possa rappresentare in alcun modo, nelle condizioni normali, una causa determinante di processi morbosi. La difesa dell'Istituto citava, a questo proposito, le notizie statistiche dei superstiti del naufragio del « Titanic » e si riportava anche alla famosa ritirata dell'armata Napoleonica dalla Russia, nei quali casi non vi furono ma-

lati di polmonite, pur essendo i fatti avvenuti in pieno inverno.

La Corte d'appello di Roma ha confermato in ogni parte la sentenza dei primi giudici.

In una casa di cura di Roma l'infermiera Ada R. condusse nella stanza da bagno il bambino tredicenne Mario Cara, ad essa affidato ed ivi lo denudò, mentre la vasca si riempiva di acqua bollente, alla quale avrebbe dovuto aggiungersi in secondo tempo acqua fredda. Ad un certo punto il bambino, eludendo la vigilanza dell'infermiera, si gettava nella vasca, riportando gravissime ustioni, per cui dopo poche ore moriva.

Rinviata la Rapporti al giudizio del Tribunale per rispondere di omicidio colposo, fu condannata ad otto mesi di reclusione ed ai danni verso la parte civile, sentenza confermata dalla Corte d'Appello di Roma.

Ricorse l'infermiera in Cassazione, che ha rigettato il ricorso condannando la Rapporti alle maggiori spese.

Un medico di Bruxelles è stato condannato a 350 franchi di multa, con la condizionale, per infrazione del segreto professionale, avendo egli fornito chiarimenti sulla natura di alcune ferite prodotte al capo d'una signora da un corpo contundente lasciato cadere da un bambino. Le informazioni erano state chieste dal padre del bambino. La signora si era querelata.

A Londra una donna conduceva un veicolo a mano, quando un tassì, in retromarcia, la spinse contro il proprio veicolo, traumatizzandola. Ella rifiutò di farsi portare in ospedale e preferì di farsi portare a casa, in Fulham, ove giunse 35 minuti dopo l'infortunio. Si trovava a passare di là la dott. Evelyn Nixon, che fu chiamata e avendo trovato la paziente in stato di collasso, praticò un'iniezione stimolante e apprestò altre cure di pronto soccorso. Poi ella mandò all'autista la parcella, che importava s. 12 d. 6 (cioè una cinquantina di lire it.); ma questi rifiutò il pagamento, dacchè non si trattava di soccorso immediato, come precisa la legge. Tale tesi fu accolta dal magistrato conciliatore (registrar), che condannò alle spese la Nixon. Questa potrà reclamare il suo avere solo dalla paziente, che, a sua volta, potrà agire contro l'autista negligente; il risultato ultimo sarà uguale a quello di un pagamento diretto; ma la legge sarà salva.

In un collegio infantile di Dublino il medico avrebbe iniettato una sospensione di bacilli tubercolari invece di vaccino difterico, provocando alcune forme morbose locali e la morte di una bambina. Ne è seguito un processo, intentato dal padre della bambina e svoltosi a due anni di distanza. Veniva chiesto un indennizzo equivalente ad un milione e mezzo di lire it. Il medico dott. D. T. McCarthy, faceva risalire la responsabilità eventuale alla casa fabbricante, Wellcome, che però si è scagionata. Numerose le testimonianze di medici e le perizie. La sentenza è stata d'assoluzione.

Un po' dovunque.

La « Organizzazione internazionale contro il tracoma » ha intrapreso una campagna per reclutare nuovi soci. Questi riceveranno il periodico trimestrale « International Review of Trachoma », il quale contiene articoli originali, riviste e recensioni (in francese, inglese e tedesco; perchè non anche in italiano?). La quota annuale importa 25 scellini. Presidenti: Dr. Mac Callan, Welberck Street 33, London W.; segretario generale: Dr. Wibaut P. C., Hoofstraat 146, Amsterdam; amministrazione: National Provincial Bank, Wigmore Street 23, London W. 1. Nel Comitato esecutivo l'Italia è rappresentata dal prof. Leonardi.

Il prof. G. M. Fasiani, nuovo titolare della cattedra di clinica chirurgica a Milano, ha tenuto la sua prolusione — presente S. A. R. il Duca di Bergamo — trattando della chirurgia nei tumori del cervello.

Il prof. Prassitele Piccinini ha tenuto sotto gli auspici della Associazione per l'alta cultura (Milano) una conferenza sulle antiche medicine orientali: indiana, cinese, giapponese, tibetana, ecc.

Il dott. F. Cathelin ha tenuto il 2 febbraio, alle « Voci latine » di Parigi, una conferenza sul tema: « Compito dei latini e dei medici sulla scoperta dell'America »; ha messo particolarmente in luce l'opera di Paolo Toscanelli e di altri medici, che furono consiglieri e amici di Colombo.

Un corso complementare d'igiene pratica si terrà nella R. Università di Catania dal 1° aprile al 31 maggio. Modalità consuete. Tassa L. 400.

Un corso di perfezionamento in medicina militare è stato organizzato nella Facoltà medica di Zurigo; comprende 4 conferenze nei giorni di martedì del mese di marzo.

La Società medico chirurgica trevigiana si è adunata il 27 febbraio, sotto la presidenza del prof. V. Pennati. Sono state fatte comunicazioni dai soci: De Gironcoli, Burin, Marsoni, Scrufari, L. Zava.

Nei « Fundamenta Radiologica » si sono pubblicati il resoconto e le relazioni dell'adunanza del « Comitato internazionale della luce », tenutasi a Davos (Svizzera) nel 1938. Rivolgersi alla Ditta Walter De Gruyter, Woyrschstrasse 13, Berlin W 35. Il prezzo è di marchi 7,50.

La Mostra triennale delle Terre italiane d'Oltremare che, per ordine del Duce, verrà inaugurata a Napoli, nel maggio 1940-XVIII, sarà una rassegna panoramica e sintetica delle realizzazioni del valore e del lavoro italiano in Africa e documenterà la capacità di espansione nel mondo della Stirpe italica.

A Milano è in corso di progettazione il completamento della Città degli Studi. Il progetto del sen. Mangiagalli, riveduto e aggiornata dall'attuale rettore prof. Pepere, è di trasportare tutta l'Università Regia alla Città degli Studi. In un comprensorio di aree al di là di via Ponzio dovrà sorgere un grande Policlinico. Nella relazione all'inaugurazione dell'anno accademico il prof. Pepere annunziava che progetto e aree sono stati approvati dalle autorità governative. È allo studio la realizzazione finanziaria.

La signora Cleonice Lanzani, vedova del colonnello Attilio Duce, ha legato morendo mezzo milione di lire all'O. N. M. I. di Lodi per la costruzione della Casa della madre e del fanciullo. Il

nuovo edificio riunirà tutti i provvidenziali istituti dell'Opera Maternità e Infanzia.

La Direzione generale di sanità pubblica del Portogallo, in collaborazione della Fondazione Rockefeller, ha creato un Istituto di malariologia ad Aguas de Moura, presso Setubal. Esso è destinato a ricerche sulla malaria e sui mezzi per combatterla ed all'insegnamento della malariologia. L'inaugurazione dell'istituto è stata fatta dal ministro dell'interno.

All'Ospedale psichiatrico provinciale di Mombello è stato inaugurato un busto in marmo del compianto prof. Giuseppe Antonini, che per venti anni diresse l'ospedale. Hanno parlato i proff. Lugiato, Medea e Cortesi.

Quando a Milano comincerà a funzionare il nuovo grandioso Ospedale del Perdono, l'edifizio sforzesco della « Cà Grande » verrà parzialmente trasformato in Museo sanitario, così da ricordare la mirabile funzione civile, sociale e scientifica del vecchio Ospedale Maggiore.

Il Sindacato dei medici della provincia di Napoli ha deciso l'abolizione della mancia ai camerieri addetti ai medici (negli studi privati, negli ambulatori gratuiti, ecc.) ed agli autisti dei medici (per le visite fuori centri dell'agglomerato cittadino, i medici devono attenersi a quanto è specificatamente indicato dalla Tariffa Nazionale).

Nelle Isole Filippine è sorto un Istituto sull'alimentazione, destinato a ricerche sperimentali, sul genere del Laboratorio di ricerche sull'alimentazione stabilito a Coonoos, in India, cioè avente di mira i prodotti e i regimi alimentari locali.

L'Università di Pechino, la quale era stata chiusa a motivo della guerra, è stata riaperta, con molte trasformazioni, dovute ai giapponesi. Ne è stato nominato rettore il prof. Hisomu Naget, che aveva la stessa carica all'Università di Formosa.

Il prof. Giovanni Judice-Cordiglia, docente di medicina legale all'Università di Milano, è riuscito, dopo numerose esperienze, ad ottenere su lenzuoia le impronte di cadaveri, in special modo l'immagine non deformata e riconoscibile del volto; viene così riprodotta realisticamente la Sacra Sindone, sfatando la tesi che si trattasse dell'opera di un pittore.

L'Associazione della stampa medica francese ha tenuto la sua assemblea generale il 16 febbraio, sotto la presidenza del prof. Loeper.

Per limiti di età il 28 ottobre lasceranno l'insegnamento i proff.: Polimanti Osvaldo di fisiologia umana a Perugia; Cutore Gaetano di anatomia umana a Catania; Pelagatti Mario di clinica dermosifilopatica a Parma; Bardelli Lorenzo di clinica oculistica a Firenze; Salvi sen. Giunio di anatomia umana a Napoli; Verrotti Giuseppe di clinica dermosifilopatica a Napoli; Vinci on. Gaetano di farmacologia a Messina.

L'avv. Ambrogio Scaccheri, morto a Castelnuovo Scrivia (Alessandria), ha legato L. 450.000 al locale ospedale Balduzzi.

Una donna che a Milano ha servito una cospicua famiglia per più di trent'anni — Ercolina Stella vedova Chiodini — ha lasciato, morendo, circa ventimila lire, frutto dei risparmi di molti anni di lavoro, all'Ospedale Maggiore della città.

Per la commemorazione dell'odontoiatra Georges Villain, tragicamente morto in un sinistro automobilistico, si è stabilito di erigere un busto, che verrà inaugurato durante la seconda quindicina di luglio, e di fondare un premio al suo nome. Tesoriere del Comitato organizzatore è P. Fontanel, École dentaire de Paris, rue de la Tour-d'Auvergue 45, Paris 9e.

Il 19° « Salone dei medici » venne inaugurato a Parigi il 19 febbraio, dal Ministro della Sanità pubblica, e rimase aperto fino al 5 marzo. Vi furono esposte pitture, scritture, disegni, fotografie.

Il Ministero federale delle comunicazioni in Germania ha ritirato durante il 1938 la patente di guida a 9069 autisti, per lo più (4307 casi) a motivo di abuso di alcoolici.

A Parigi si è accertata un'invasione di stupefacenti, sovratutto di eroina; la maggior parte delle vittime sono minorenni d'ambo i sessi.

Si è ucciso, in età di 46 anni, il dott. Vasa Savitch, uno dei tisiologi più reputati. Per 17 anni era stato direttore al Sanatorio statale di Topolsica, e ne aveva fatto una delle più reputate istituzioni per la cura dei tubercolotici in Jugoslavia; da poche settimane era stato nominato capo al servizio di tisiologia all'Ospedale centrale di Stato in Belgrado. Aveva appena pubblicato il libro « Il problema della tubercolosi in Jugoslavia »; lascia molte altre pubblicazioni.

Nella galleria del Rettorato della R. Università di Parma è stato inaugurato un busto ad Ambrogio Ferrari. Hanno parlato il prof. Razzaboni, Magnifico Rettore, ed il prof. Piersanti a nome degli ex-allievi.
Il monumento porta la seguente epigrafe: « Ambrogio Ferrari - per oltre 40 anni - maestro di chirurgia in Parma. (Fidenza 1854-Parma 1936) ».

I giornali hanno pubblicato la storiella di un chirurgo che ne avrebbe ucciso un altro e poi si sarebbe ucciso, mentre nella vicina sala operatoria il paziente attendeva. Questi sarebbe stato dimesso dopo alcuni giorni, guarito. Secondo il « Messaggero » del 27 febbr., il fatto sarebbe avvenuto in Finlandia, a Ravanienni (città che non esiste sulle carte geografiche).

Il Tribunale di Genova ha pronunziato cinque condanne per traffico di stupefacenti.

A Trieste sono state arrestate, a due riprese, una trentina di persone, per contrabbando di oppio; la quantità d'oppio sequestrata è assai ingente. Quest'azione si coordina con altre svoltesi nella Jugoslavia e negli Stati Uniti; un ispettore inviato dal Governo di Washington ha operato il collegamento con la Polizia tributaria italiana.

Il convalescenziario dei lavoratori di Bologna è stato visitato da medici di venti nazioni, provenienti dall'Istituto Carlo Forlanini di Roma.

Una signora, che desidera serbare l'incognito, ha donato all'Ospedale Maggiore di Milano, con riserva dell'usufrutto vitalizio, circa 60.000 lire di capitale nominale in titoli di Stato.

Il dott. Gennaro Bertini, di 34 anni, medico condotto a Pistoia (zona montana), cadendo dalle scale di una casa ove stava a pensione, ha riportato la frattura della base cranica; trasportato in ospedale, vi decedeva poco dopo. Si è tratto in arresto un sarto, sospettato di aver fatto cadere il medico, contro il quale avrebbe nutrito rancori per ragioni di gelosia; ma egli ha negato recisamente.

A Mantova, il 18 febbraio, si è spento il dott. cav. Ernesto Soncini, nobilissima figura di medico e di filantropo fondatore dell' « Istituto Pro Lattanti e Slattati », che da 34 anni svolge in quella città una mirabile e sempre più vasta azione di assistenza a favore della prima infanzia e delle gestanti povere. P. M.

È morto a soli 49 anni il prof. Herbert Henri Woollard, il quale aveva insegnato anatomia all'Università di Adelaide (Australia) e poi a Londra. Il suo insegnamento era celebre, perchè diretto all' « anatomia funzionale » e perchè vi si faceva largo uso della radiologia sul vivente. A. P.

Ancora in giovane età, vittima di un morbo crudele, s'è spento, nel suo paesello natale, dove Egli chiese di chiudere la Sua vita, il Collega Michele Maldarizzi, dell'Istituto Sanatoriale « Ramazzini » a Porta Furba.

La modestia fu parte della Sua grande bontà di animo. Egli non conobbe limiti nel prodigare questa agli infermi, i quali lo rimpiangono come medico e come amico, ed ai Colleghi, che lo ricorderanno come modello di apostolato.

I Sanitari del Sanatorio di Porta Furba, memori di tanto caro amico e collega scomparso, onoreranno perennemente la Sua memoria anche con simboli di umana pietà e gentilezza: una lampada votiva arderà nella Cappella del Sanatorio e un verde pino sarà piantato davanti a quel padiglione, dove Egli, per tanti anni, esplicò una missione altamente umanitaria.

Giovanni Gaeta.

Apprendiamo con dolore la perdita del sen. prof. Serafino Belfanti, direttore dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Di Lui diremo in un prossimo numero.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi).

Denunzie dal 2 all'8 gennaio 1939-XVII (dati provvisori): Morbillo 209 (869); Scarlattina 81 (183); Pertosse 80 (173); Difterite 279 (523); Varicella 99 (266); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea e Infezioni paratifiche 227 (390); Febbre ondulante 32 (40); Dissenteria 6 (8); Parotite epidemica 48 (121); Febbre puerperale 32 (32); Meningite cerebro-spinale epidemica 12 (13); Poliomielite anteriore acuta 18 (22); Encefalite letargica 1 (1); Leishmaniosi 1 (5); Anchilostomiasi 4 (25); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 27 (38), dichiarata — (—); Pustola maligna 17 (18); Pellagra 2 (2).

Denunzie dal 9 al 15 gennaio 1939-XVII (dati provvisori): Morbillo 243 (1117); Scarlattina 102 (228); Pertosse 97 (254); Difterite 311 (582); Varicella 113 (318); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea e Infezioni paratifiche 254 (430); Febbre ondulante 37 (46); Dissenteria 9 (13); Parotite epidemica 52 (258); Febbre puerperale 37 (38); Meningite cerebro-spinale epidemica 18 (20); Poliomielite anteriore acuta 21 (23); Encefalite letargica 2 (2); Leishmaniosi 3 (7); Anchilostomiasi 5 (5); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 50 (81), dichiarata — (—); Pustola maligna 13 (15); Pellagra — (—).

Denunzie dal 16 al 22 gennaio 1939-XVII (dati provvisori): Morbillo 245 (947); Scarlattina 88 (231); Pertosse 119 (317); Difterite 308 (585); Varicella 117 (322); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea e Infezioni paratifiche 214 (358); Febbre ondulante 65 (90); Dissenteria 5 (11); Parotite epidemica 77 (257); Febbre puerperale 38 (39); Meningite cerebro-spinale epidemica 21 (21); Poliomielite anteriore acuta 23 (27); Encefalite letargica 1 (1); Leishmaniosi 2 (4); Anchilostomiasi 2 (2); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 51 (70), dichiarata — (—); Pustola maligna 12 (14); Pellagra 4 (4).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Deut. Med. Woch., 1 ott. — Numero dedicato alla infortunistica e medicina del lavoro.

Lancet, 1 ott. — BRAUN-MENENDEZ. I toni del cuore normali e patologici. — OSBORN. Embolismo di aria.

Ann. Méd., ott. — Numero dedicato alle setticemie.

Presse Méd., 15 ott. — J.-A. CHAVANY e A. PLACA. L'epilessia nei tumori cerebrali. — 19 ott. — R. LERICHE. Chirurgia del simpatico e chir. endocrina.

Clin. Med. It., lug.-ag. — L. D'AMATO e M. ZAPPACOSTA. Reaz. emoclasica specifica. — S. SCRUTINIO. Glicemia nei diabetici dopo stimolaz. del pancreas. N. BONARRIGO. Velocità della circolaz. sang.

Journ. A. M. A., 8 ott. J. V. KLAUDER. Eresipeloide. — J.-B. NEAL. Trattam. della infez. acuta del sist. nerv. con sulfanilamide. — J. F. WEIR. Epatite.

Klin. Woch., 22 ott. — H. KNAUER. La pelle nella difesa contro le malattie inf. — A. SYLLA. L'allergia nell'artrite endocrina.

Deut. Med. Woch., 21 ott. — CRAMER, FIEK. Carcinoma gastrico.

Brit. Med. Journ., 22 ott. — H. J. GIBSON. Batteriologia del reumatismo. — P. N. LEATHART. Significato biologico delle tonsille e del tessuto adenoideo.

Arch. intern. Med., ott. — H. I. STEWART e al. Azione della digitale sul cuore scompensato. — R. E. DOLKART. Genesi dei calcoli biliari.

Rinasc. Med., 15 ott. — G. ADAMO. Malarioterapia e metodo di Maurizio Ascoli. — C. TOGLIA. Sordità da parotite epidemica.

Rev. Neur., ott. — N. I. PROPPER. Natura neuroumorale dell'epilessia.

Med. Klinik, 21 ott. — L. ASCHOFF. Stadio presclerotico dell'arteriosclerosi. — H. MAY. Trattam. dell'endocardite reumatica.

Wien. Klin. Woch., 28 ott. — THUROZ. Alcool etilico per via endov. — v. HOFFMANN e HIBLER. Trattam. delle congiuntiviti per via intranasale.

Riv. Med. Aeron., sett. — G. PERA. Resist. alla variaz. rapida della press. barometr.

Riv. Patol. nerv. e ment., lug.-ag. — A. ROMERO. Problema delle allucinazioni. — C. PERO. Anestesia nasale in alcune cefalee e sindromi dolorose della faccia.

Pediatria, 1 ott. — P. RITOSSE. Profilassi delle complicaz. del morbillo.

Clin. Med. It., sett. — A. GUARNASCHELLI-RAGGI. Bilancio dell'azoto nella distrofia musc. progress. primit.

Riv. Ospedal., ag. — U. ARCANGELI. Dolori epigastrici e loro signif. diagnost.

Clin. Chirurg., sett. — G. BAZZOCCHI, G. CONTI. Colecistopatie e malattie pregresse. — E. GUIZZA. Prova dell' « urea clearance » per l'esame funz. del fegato.

Proc. R. Soc. Med., ott. — Discuss. su: Demenza presenile; Alterazioni scheletriche nei disordini endocrini e del metabolismo; Shock ostetrico.

Quaderni dell'Allergia, ag. — E. CUBONI. Fenomeni allergici da estratti di fegato e da estratti ipofisari. — P. SANGIORGI. Problemi allergici dell'alimentaz. in generale e di quella lattea in part.

Klin. Woch., 29 ott. — W. KELLER. Allergia, parallergia, patergia. — E. HASCHÉ. Azioni delle onde corte sui tessuti viventi. — H. KREITMAIR e O. WOLFES. L'apoatrofismo.

Paris Méd., 29 ott. — P. DINANIAN. Il pneumoperitoneo nel tratt. della tbc. polm.

Brit. Med. Journ., 29 ott. — A. P. THORUM, M. GOFFREYV. Infez. da Brucella abortus; trattam.

Lancet, 29 ott. — J. B. DUGNID. Classifica delle nefriti cron. — R. KIRK e al. Il prontosil nel trattamento del tracoma.

Acta Pediatrica, 1. — H. F. HELMHOLZ. Antisepsi urinarie. — B. LEICHTENTRITT. Problemi medici di educaz. infantile. — H. BEHRENDT. Reazioni indesiderabili alla tubercolina.

Bull. Méd., 29 ott. — Parassitologia.

Riv. San. Sicil., 15 ott. — L. CANNAVÒ e G. ORTALERA. Saggi di terapia vitaminica del diabete m.

Riv. di Chir., sett. — G. GIARDINO. Tbc. della mucosa orale. — D. DIVELLA. Nevrosi acuta del pancreas e shock anafilattico. — F. D'ONOFRIO. Emorragia della loggia tonsillare.

Presse Méd., 29 ott. — F. POLLAK. Esame funz. del fegato.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., nov. — E. JENSEN. Influenza dei fattori razziali e climatici sulla difterite e la scarlattina. — G. SAAK. Malaria ad incubaz. protratta.

Practitioner, nov. — Orecchio.

Klin. Woch., 6 nov. — E. RODENWALDT. Adattamento dell'uomo ad un clima estraneo alla sua razza. — F. LINNEWEH. Genesi dell'ascite.

Acta Med. Scand., V-VI. — K. HERFORT. Influenza della vitamina A sulla secrez. interna del pancreas. — J. F. TOUW e R. K. W. KINPERS. Trattamento delle affezioni articolari con progestina. — P. KALLÓS e L. KALLÓS-DEFFNER. Calcioterapia degli stati allergici.

Ann. de Méd, nov. — R. DEBRÉ e al. Sindromi ipertensive nelle nefriti acute dell'infanzia. — R. WAITZ e J. WARTER. Mielosi aleucemiche.

Quart. Journ. Med., ott. — R. BOMFORD. L'anemia nel mixedema. — N. S. ALCOK e E. A. CARMICHAEL. Trattam. del parkinsonismo con belladonna bulgara.

Deut. Med. Woch., 4 nov. — KALBFLEISCH. Allergia sperimentale. Fauroni. Celiachia.

Rif. Med., 15 ott. — L. SANGUIGNO. Infez. tetanica di probab. orig. enterica.

Presse Méd., 5 nov. — ROTHERY. Sulla classificaz. delle nefriti.

Med. Klinik, 4 nov. — G. JOACHIN. Arteriosclerosi e disturbi diger. — R. BRAUN. Emorragie retiniche nelle malattie gener.

Journ. Sc. Méd. Lille, 6 nov. — Setticemie.

Paris Méd., 5 nov. — Pediatria.

Giorn. It. Mal. Esot., ecc., ott. — A. FORTUNATO. Infezione da bacillo columbense.

Minerva Med., 3 nov. — Z. FRANZOSO PIRANI e G. PIRANI. Patogenesi delle forme broncopolmonari. — F. TECILAZIC. Terapia delle paralisi postdifter. con vit. B_1.

Jornal dos Clinicos, 15 sett. — A. LINS. Semeiologia radiologica del calcagno.

Journ. A. M. A., 22 ott. — W. S. LEATHERS. Medicina preventiva. — C. GUY LANE e al. Dermatosi professionali.

Radiol. Med., nov. — S. ZANETTI e G. GUERRERI D'ANTONA. Gastriti cron. — M. CAMPLANI. Vizi di forme e posizione dello stom.

Klin. Woch., 12 nov. — P. RONDONI. La sintesi proteinica. — H. HORSTER. Il fenom. Sanarelli-Shwartzman-Hanger e suo significato clinico.

Presse Méd., 9 nov. — F. PEDRAZZINI. Stasi papillare e apoplessia.

Forze San., 31 ott. — G. SANNICANDRO. Endocrinoterapia sessuale femm.

Deut. Med. Woch., 11 nov. — PAOLUCCI. Trattam. chirurgico dell'ascesso polm. — BOMMER. Trattam. dietetico del malato cutaneo.

Indice alfabetico per materie.

A. POZZI, resp.

C. FRUGONI, Red. capo.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 20 Marzo 1939 - XVII — Num. 12

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

CONFERENZE.

Indicazioni e risultati della ganglionectomia cervico-toracica e lombare (1).

Dott. ANGELO CHIASSERINI
chirurgo primario
dell'Ospedale del Littorio in Roma.

L'argomento sul quale mi propongo di intrattenervi, benchè non nuovo, mi sembra interessante, poichè si riferisce a problemi non ancora completamente risolti, e che possono trarre profitto dall'esperienza di coloro, che se ne occupano personalmente.

Per questa ragione, e per limitare questa conferenza entro limiti ragionevoli, non parlerò di tutte le indicazioni della ganglionectomia cervico-toracica e lombare, ma solo di quelle sulle quali ho potuto acquistare una esperienza mia propria.

Dirò subito, a tale proposito, che una delle principali indicazioni della ganglionectomia cervico-toracica e lombare si riscontra in alcuni disturbi della circolazione degli arti, come la malattia di Raynaud, la tromboangioite obliterante ed alcune affezioni dette trofiche.

Per quanto si riferisce alle deficienze del circolo arterioso negli arti, bisogna ricordare che i primi tentativi di cura conservativa di tali affezioni si ispirarono al concetto di un ostacolo meccanico al circolo del sangue nelle arterie.

Lo studio anatomico e fisiologico dell'innervazione vascolare, al quale i chirurgi hanno portato contributi importantissimi e delle prove conclusive, ha dimostrato che, accanto alle variazioni di calibro, in rapporto con la sistole e la diastole arteriosa, ve ne sono di quelle dovute a stimolazioni dirette o indirette della parete arteriosa, e che si identificano con la vasodilatazione e la vasocostrizione.

Si tratta di meccanismi fisiologici, i quali possono acquistare un significato patologico, sia per la loro intensità, sia per loro durata.

Quando la vasocostrizione è prolungata ed esagerata, si parla di vasospasmo.

L'esperienza ha dimostrato che il vasospasmo da solo, cioè senza lesioni apprezzabili

(1) Conferenza tenuta alla Société Médicale de Genève il 2 febbraio 1939.

delle pareti vascolari, ed in assenza di stenosi organiche, è capace di provocare dei fenomeni d'ischemia a livello degli arti.

Ciò sembra verificarsi nella malattia di Raynaud, almeno quando essa non è troppo avanzata.

Una condizione opposta è rappresentata dalle stenosi organiche delle arterie. Ma, a lato delle stenosi spastiche ed organiche, è necessario riconoscere la esistenza di stenosi miste, cioè organiche e spastiche nello stesso tempo.

In questi casi lo spasmo si esercita su una o parecchie arterie, che presentano di già dei restringimenti organici. Ne deriva che il lume arterioso diverrà man mano più piccolo, e potrà anche scomparire del tutto.

Si verifica cioè nelle arterie, ciò che si osserva frequentemente anche in altri organi cavi, come l'esofago, l'intestino, l'uretra, ecc., che siano già sedi di processi morbosi: un meccanismo spastico è messo in movimento da stimoli, che partono dall'organo malato o da altre parti, ed un restringimento, che non era ancora molto forte, può improvvisamente arrivare fino alla occlusione completa.

La conoscenza di questi fatti fondamentali è dovuta alla applicazione dei vari metodi di esplorazione funzionale, di cui parleremo fra poco.

Dato che il meccanismo vasocostrittore è in gran parte sotto il controllo della innervazione simpatica, si è pensato che la soppressione di tale meccanismo, o più esattamente la interruzione delle vie nervose, che portano gli stimoli vasocostrittori alle arterie, avrebbe rappresentato la forma più sicura di trattamento conservativo dei disturbi del circolo arterioso degli arti.

(Diremo, per incidenza, che si è voluto applicare tale trattamento anche ad alcune occlusioni acute (embolie) delle arterie degli arti).

Nacque così la simpatectomia periarteriosa, di cui tutti conoscono le vicissitudini, e successivamente la ramicotomia e la ganglionectomia cervico-toracica e lombare.

Questo passaggio da operazioni periferiche a operazioni più centrali, va riferito alla acquisizione di cognizioni anatomiche e fisiologiche più precise, ed alla maggiore esperienza raggiunta dai chirurgi.

E poichè l'indicazione alla ganglionectomia, nei casi che qui ci interessano, è basata sulla esistenza di un certo grado di vasospasmo arterioso, è necessario di poter determinare, prima dell'intervento, ciò che può essere chiamato « coefficiente di vasodilatazione ».

In molti casi un'anamnesi ben raccolta e l'esame clinico ci permettono di porre una diagnosi giusta, e talora di affermare la esistenza di un fattore angiospastico. Ma di solito tali mezzi ci consentono solo di orientarci sul grado raggiunto dalla insufficienza vascolare.

Il rapporto fra elemento organico ed elemento spastico non può essere determinato, se non servendoci di altri mezzi, che possono essere vari, ma che servono sempre a determinare la temporanea eliminazione della innervazione vasocostrittiva.

Le prove di Brown, di Lewis e Pickering, di Coller e Maddock, di Landis e Gibbon raggiungono questo scopo, determinando un aumento della temperatura del corpo a mezzo di piressie proteiniche, o col riscaldamento artificiale; mentre altri AA. (Morton, Lewis, Morton e Scott) ottengono lo stesso risultato con l'anestesia generale, o rachidea, o paravertebrale o tronculare.

Noi ci siamo serviti si può dire di tutte queste prove, a cominciare dalla piressia provocata con la iniezione di vaccino tritifico o di mixogon, e dalla rachianestesia. Ma da parecchio tempo ci serviamo quasi esclusivamente del riscaldamento del tronco in un bagno elettrico.

Allorchè la circolazione periferica è normale, si verifica, come conseguenza della paralisi dei nervi vasocostrittori, una vasodilatazione, che provoca un aumento della temperatura superficiale a livello delle estremità, e che, comparata con l'aumento della temperatura buccale permette, nella prova di Brown, di determinare « l'indice vasomotore ».

Più semplicemente si può, come fanno Morton e Scott, paragonare l'aumento della temperatura, che si verifica in un caso determinato, con quella che si osserva nei soggetti a circolazione periferica normale. Si ottiene così « l'indice di occlusione ».

Nei casi in cui l'elemento spastico è predominante, come nella malattia di Raynaud o nell'acrocianosi, l'aumento della temperatura periferica sorpassa spesso i 10°, mentre nei casi di restringimento misto, come nella tromboangioite (nelle forme non troppo avanzate) l'aumento non sorpassa generalmente 4° a 6°. Quando l'occlusione è totalmente o quasi totalmente organica, la temperatura periferica non aumenta, o si osserva solo una elevazione minima (come nelle stenosi arteriosclerotiche o nei casi avanzati di morbo di Buerger).

Si tratta di prove semplici, che tuttavia debbono essere eseguite con diligenza, badando sopratutto a che la temperatura ambiente non sorpassi 20°-21°.

È anche necessario di avere un termomemetro elettrico sul tipo del « Tyco's dermatherm ».

In conclusione noi consideriamo come indicata la ganglionectomia nelle affezioni croniche ischemizzanti degli arti, nelle quali il trattamento medico si sia dimostrato inefficace, quando le prove funzionali già enumerate ci mostrano che l'elemento angiospastico è preponderante, o contribuisce per lo meno al progredire della malattia.

Secondo la nostra esperienza, se la mancanza di una piccolissima elevazione di tempe-

ratura in corrispondenza delle mani o dei piedi, durante le prove sopradette, costituisce una controindicazione alla ganglionectomia, un aumento di 2° non rappresenta già più una controindicazione assoluta, quando lo stato dei malati è buono o discreto. Se la temperatura sale di 3° e più, la ganglionectomia trova delle indicazioni, che sono via via più nette.

Come vedete, noi basiamo le indicazioni sopratutto sulla risposta alle prove funzionali. Ma non disconosciamo le controindicazioni, che possono derivare dallo stato generale dei malati e dalle condizioni dei loro organi principali.

Nei casi, in cui la ganglionectomia ci è apparsa come controindicata, abbiamo eseguito delle operazioni più semplici, quali la simpatectomia periarteriosa, la resezione di un segmento di un'arteria obliterata, delle allacciature venose.

I risultati di questi ultimi interventi non sono stati di solito incoraggianti. Per questo forse abbiamo eseguito delle ganglionectomie anche in casi in cui l'indicazione era assai dubbia, tanto per dare ai malati il beneficio del dubbio. Ma di questi pazienti, per i quali la indicazione alla ganglionectomia diventa assai discutibile, avremo occasione di riparlare.

Se poi veniamo ad esaminare le indicazioni in rapporto con la malattia, che dobbiamo curare, sembra logico che la malattia di Raynaud, in cui l'elemento angiospastico è quello dominante, debba costituire la indicazione più netta, sopratutto per la ganglionectomia cervico-toracica, dato che questa affezione colpisce le mani assai più spesso dei piedi.

Ed invero i risultati appaiono assai buoni, allorchè gli interventi non sono troppo tardivi e l'operazione è stata completa.

Se al contrario prima di operare si attende che allo stadio dell'asfissia accessuale succeda quello delle ulcerazioni, dell'amputazione spontanea delle estremità delle dita, della sclerodermia, è evidente che i risultati non potranno essere molto soddisfacenti. Bisogna d'altronde tener presente che quando la malattia ha raggiunto queste fasi estreme, non si ha più a che fare con la vera malattia di Raynaud, ma con le sue sequele, tanto per quanto riguarda le arterie, quanto la pelle, i muscoli, le ossa. Non si tratta più di una affezione a carattere angiospastico, ma di qualche altra cosa, che non si discosta di molto dalla tromboangioite.

E tuttavia anche in questi stadi avanzati, la ganglionectomia è talora in grado di troncare o attenuare i dolori, di far guarire le ulcerazioni, di modificare, almeno in parte, le condizioni cutanee locali.

Non va però taciuto che non tutti i chirurgi sono di questo avviso, sopratutto per quanto riguarda i risultati lontani della ganglionectomia cervico-toracica nella malattia di Raynaud. Ed invero da varie parti è stato osservato che ai risultati immediatamente buoni possono seguire nuove crisi di asfissia, quando i pazienti si espongono al freddo, o sono sottoposti ad emozioni.

Al contrario tutti sembrano essere d'accordo sul fatto che, nei casi meno frequenti di malattia di Raynaud degli arti inferiori, i risultati sono quasi invariabilmente buoni.

Lewis è del parere che la malattia di Raynaud non può essere considerata come una neurosi vasomotoria, dovuta alla iperattività del simpatico vasale, poichè le lesioni primitive sarebbero direttamente a carico delle fibrocellule muscolari della parete arteriosa. Le quali reagirebbero direttamente all'azione del freddo, senza mediazione nervosa. La qual cosa potrebbe spiegare le recidive. Questa ipotesi non è considerata come esatta, in quanto essa non tiene conto dei risultati, assai spesso buoni, sopratutto per quanto riguarda le estremità inferiori, e dimentica l'attività anormale delle ghiandole sudoripare e l'efficacia dei fattori emozionali, così spesso legate alla evoluzione della malattia.

Una spiegazione più verosimile delle recidive potrebbe essere trovata nella constatazione, già fatta da Elliot, che i muscoli lisci enervati divengono molto sensibili all'azione dell'adrenalina, e che tale sensibilità è maggiore, quando si tagliano le fibre post-ganglionari, minore invece dopo la sezione delle fibre pre-ganglionari.

Ora, mentre nella simpatectomia lombare sono asportati i gangli 2° e 3°, cioè i fasci preganglionari rispetto alla innervazione simpatica, che si distribuisce al territorio del nervo sciatico, in quella cervico-toracica, con l'ablazione dei gangli 3° e 2° dorsali e del ganglio stellato, sono soppresse le fibre post-ganglionari destinate al plesso brachiale.

Da ciò la possibilità che nelle arterie dell'arto superiore possa residuare un vasospasmo, dovuto ad una speciale sensibilità verso l'adrenalina, o altri ormoni simpaticomimetici.

Partendo da questi principi Freeman, Smithwick e Wite hanno trattato parecchi casi di morbo di Raynaud degli arti superiori con la sezione della catena simpatica al disotto del secondo o terzo ganglio toracico, e il taglio di alcuni rami comunicanti.

I risultati ottenuti sembrano confermare i presupposti sperimentali, in quanto nei pazienti operati con questo metodo la sensibilità verso gli ormoni vasocostrittori non appare maggiore che dopo la simpatectomia lombare. Se non si può negare valore a queste constatazioni, non mi sembra d'altra parte che esse permettano senz'altro di pronunciare una condanna contro la ganglionectomia cervico-toracica.

Si può forse affermare che gli effetti della simpatectomia lombare nel morbo di Raynaud sembrano essere più evidenti e più durevoli, che quelli della simpatectomia cervico-toraci-

ca, ma non si può negare che in una grande percentuale di casi si sono ottenute, o delle vere guarigioni, o dei miglioramenti notevoli e duraturi. E, inoltre, come è stato già detto, non bisogna mai dimenticare a quale stadio della malattia si interviene, e quale operazione viene compiuta.

Poichè è evidente che non si potranno ottenere delle guarigioni negli stadi tardivi della malattia, e d'altra parte non può essere considerata quale una simpatectomia sufficiente la sola stellectomia, che in più di una occasione ho visto citata quale trattamento del morbo di Raynaud.

Bisogna asportare non solo il ganglio stellato, ma anche il secondo ganglio toracico, e possibilmente anche il terzo.

Una operazione *insufficiente* non può rappresentare un pretesto *sufficiente* per condannare un metodo operatorio.

Nei nostri casi di simpatectomia cervico-toracica per malattia di Raynaud, o acrocianosi (10 casi), abbiamo sempre asportato, oltre al ganglio stellato, anche il secondo e spesso anche il terzo ganglio toracico.

I risultati sono stati assai soddisfacenti. Anche Adson della Mayo Clinic è contento dei risultati della ganglionectomia cervico-toracica nel morbo di Raynaud.

Tutta questa critica non vuole significare che io non tenterò mai la semplice sezione o resezione del simpatico al disotto del terzo ganglio toracico, e il taglio dei rami comunicanti. Chè anzi mi propongo di seguire quanto prima questo metodo in una paziente, che ha già subito la classica ganglionectomia cervico-toracica da un lato.

Potrò così paragonare nella stessa paziente l'azione rispettiva delle due diverse modalità operatorie.

***

Se adesso veniamo alla ganglionectomia lombare possiamo dire di averla praticata più spesso per affezioni in cui esistevano stenosi arteriose di tipo misto, e sopratutto per tromboangioite obliterante.

Il numero degli interventi da noi fatti finora, con questa indicazione, sorpassa il centinaio.

Abbiamo già parlato delle prove funzionali preoperatorie, e, a questo proposito, diremo che l'arteriografia, che abbiamo utilizzato in qualche caso, e che secondo alcuni rappresenterebbe un mezzo diretto capace di permettere una diagnosi differenziale, non è, a nostro modo di vedere, in grado di indicarci ciò che, in un caso di insufficienza vascolare, dipende dal fattore organico e da quello spastico rispettivamente.

Dirò anzi di più: il liquido, anche se non irritante, iniettato in un'arteria malata potrà con verosimiglianza determinare degli spasmi e simulare dei restringimenti, che in realtà non esistono.

Quando le prove funzionali sopraricordate dimostrano la esistenza di un certo grado di vasospasmo, crediamo che la simpatectomia lombare sia indicata.

I risultati immediati, e, fino ad un certo punto, anche i risultati tardivi, appaiono in diretto rapporto col grado di vasospasmo constatato avanti l'intervento. Vale a dire che essi sono di solito molto buoni, se il vasospasmo era forte; meno buoni o quasi nulli, se il vasospasmo era piuttosto scarso o appena accennato. Il che significa anche che i risultati sono in rapporto con la precocità dell'intervento, poichè all'inizio della malattia il componente funzionale è spesso molto evidente, mentre a processo morboso avanzato, l'elemento organico acquista importanza sempre maggiore, a scapito dell'elemento spastico.

A queste considerazioni ne vanno aggiunte delle altre, che hanno anche esse una importanza non indifferente. Intendo parlare del decorso variabile della malattia di Leo Buerger, che può assumere un andamento quasi acuto, o invece trascinarsi lentamente per anni, e che spesso presenta dei periodi di remissione e di aggravamento apparentemente spontanei.

Nè va dimenticato che l'intervento deve essere idoneo e completo: interessare cioè il secondo e il terzo ganglio lombare.

Di tutti questi fattori deve essere tenuto conto, quando è necessario porre delle indicazioni operatorie; ed essi a loro volta hanno certamente la loro importanza, in quanto concerne i risultati, sopratutto i risultati lontani.

Mi è impossibile in questa occasione entrare in maggiori particolari, ed io mi limiterò a dirvi che, nella grande maggioranza dei casi da noi operati, i risultati immediati sono stati sodisfatti, e talora molto sodisfacenti: i dolori e la claudicazione intermittente scomparivano, i piedi perdevano il loro aspetto ischemico o cianotico, e divenivano più caldi ed asciutti, le ulcerazioni si modificavano in piaghe, le zone necrotiche si delimitavano.

Ho visto dei malati, che avevano delle terribili sofferenze, e che non solo non erano più in grado di camminare, ma non erano più capaci di dormire, e che, pochi giorni dopo la ganglionectomia, apparivano assolutamente trasformati.

In molti casi, che ho seguito a lungo (fino ad 8 anni) ho potuto constatare un miglioramento o una vera guarigione clinica durevoli.

Sfortunatamente vi sono eccezioni alla regola, sopratutto quando l'indicazione all'intervento era stata un po' incerta o quando la malattia aveva un decorso insolitamente rapido, o esistevano delle complicazioni infettive locali.

In tali casi alla ganglionectomia non segue alcun miglioramento, o solo un miglioramento leggero e transitorio. Si è allora costretti alla amputazione della gamba o della coscia.

Il problema assume un aspetto anche più tragico in quei malati, che hanno già subito

l'amputazione da un lato, e nei quali i sintomi ischemici si insediano nel piede residuo.

Io ho visto parecchi di questi malati, che avevano già subito la ganglionectomia da un lato. Ho fatto la ganglionectomia anche dall'altro lato, ma senza successo. In 6 di questi pazienti, osservati dal 1937 in poi, ho voluto tentare degli interventi sulle surrenali, prima di decidermi al sacrificio dell'arto residuo.

A quell'epoca io avevo una ben scarsa esperienza della surrenalectomia per tromboangioite. Essa si riduceva ad un solo caso operato nel 1930, ed in cui il risultato era stato negativo, mentre una successiva simpatectomia lombare aveva permesso di ottenere una guarigione clinica, controllata per anni.

Questo caso, in cui si può dire che era stato possibile paragonare la efficacia dei due interventi in uno stesso individuo, aveva deciso della mia condotta ulteriore nel trattamento della malattia di Buerger. Ed invero da allora avevo fatto molte simpatectomie lombari, e nessuna adrenalectomia.

Una successiva esperienza mi ha convinto ancora una volta che i giudizi unilaterali rischiano spesso di essere eccessivi ed ingiusti.

Ed invero nei 6 casi qui menzionati, che avevano subito l'amputazione di un arto inferiore e nei quali era stata eseguita la ganglionectomia lombare uni o bilaterale, l'altra gamba ha potuto essere salvata, dopo che una surrenale o i 3/4 delle due surrenali erano stati asportati.

Sembrerebbe così dimostrato che in quei casi particolarmente gravi di tromboangioite, in cui la ganglionectomia lombare ha fallito, si può ancora sperare di evitare l'amputazione degli arti inferiori, a mezzo di vaste ablazioni di tessuto surrenale.

Tutti voi conoscete le idee e i lavori di Oppel sulla surrenalectomia nella malattia di L. Buerger, e tutti conoscono le obiezioni che sono state sollevate da varie parti.

L'osservazione dei miei casi mi ha fatto pensare che non solo dopo la ganglionectomia cervico-toracica, ma anche dopo quella lombare può residuare la capacità ad un vasospasmo, sufficiente per compromettere i risultati della simpatectomia. Questo vasospasmo sarebbe provocato dalla adrenalina, e potrebbe scomparire dopo surrenalectomia.

Ma la iperplasia della surrenale residua, può, già dopo alcuni giorni, provocare un nuovo vasospasmo. Ciò che si manifesta con la ricomparsa di quei sintomi da ischemia, che erano scomparsi o si erano attenuati.

Conviene allora decidersi alla ablazione della metà dell'altra surrenale.

Questo abbiamo fatto in 5 casi, ottenendo risultati molto soddisfacenti, mentre in 1 caso l'asportazione di una sola surrenale apparve sufficiente.

Abbiamo trattato con la simpatectomia lombare altre affezioni degli arti inferiori comprese sotto la denominazione generale di ulcere trofiche o trofico-vascolari.

Per quanto concerne le grandi ulcerazioni varicose, ribelli ai trattamenti consueti, conviene dire che i risultati lontani della ganglionectomia non sono stati favorevoli. Tuttavia nei pochi casi in cui, dopo la ganglionectomia, erano stati fatti degli innesti dermo-epidermici, si sono potute ottenere delle guarigioni durevoli.

Abbiamo l'impressione che questa indicazione alla ganglionectomia lombare debba essere considerata come del tutto eccezionale.

Nelle ulcere trofiche plantari, al contrario, la ganglionectomia lombare ci ha dato risultati più incoraggianti.

Benchè non si sappia gran che sulla patogenesi di queste ulcerazioni, non vi ha dubbio che molte di esse sono la espressione di una insufficiente circolazione periferica, ed invero sono spesso associate ad altri fenomeni di deficienza vascolare, quali la claudicazione intermittente, il raffreddamento dei piedi, ecc. In altre invece l'elemento trofico ed una difettosa statica dei piedi sembrano avere una importanza patogenetica maggiore.

Gli effetti immediati della ganglionectomia lombare su queste affezioni sono veramente notevoli, e si assiste quasi sempre a delle profonde modificazioni locali, che conducono rapidamente alla guarigione. Se questi buoni risultati immediati non si mantengono sempre, allorchè i malati riprendono la loro vita normale, abbiamo tuttavia potuto constatare in parecchi casi (anche dopo vari anni dall'intervento) che la guarigione o un notevole miglioramento persistevano.

Abbiamo ad esempio veduto degli operai, che erano stati operati da un lato, e che qualche tempo dopo si erano ripresentati all'ospedale, richiedendo un intervento analogo anche dal lato opposto. Evidentemente tali pazienti apprezzavano i risultati della operazione al loro giusto valore.

Vi sono poi delle ulcere dei piedi, che meritano veramente l'appellativo di trofiche, ed in cui la ganglionectomia lombare ha agito in modo veramente spettacoloso. Così delle ulcerazioni dovute a lesione del nervo sciatico, e che erano persistite, nonostante interventi diretti sul nervo; delle ulcerazioni del tallone, consecutive a rachianestesia, e che datavano da lungo tempo sono rapidamente guarite dopo la simpatectomia lombare.

*
**

Per completare la breve trattazione da noi fatta delle affezioni, cui abbiamo accennato all'inizio, e di altre che ad esse possono in qualche modo essere riportate, diremo che abbiamo fatto delle ganglionectomie lombari anche in qualche caso di moncone di amputa-

zione doloroso, allorchè operazioni locali si erano dimostrate insufficienti.

Abbiamo fatto anche delle ganglionectomie cervico-toraciche in casi di arterite obliterante a decorso acuto, o di embolia di arterie periferiche, o di costole cervicali con sindrome vascolare molto accentuata.

Il numero di questi casi è piuttosto ristretto e non permette di trarre delle conclusioni di ordine generale.

Tuttavia, tenendo conto dei risultati ottenuti, abbiamo l'impressione che la ganglionectomia possa trovare delle indicazioni in quei casi in cui il trattamento locale e diretto si è dimostrato insufficiente, o quando si tratta di disturbi vascolari assai gravi, sopratutto quando (come avviene per gli interventi per costola cervicale) la ganglionectomia non importa una operazione a sè stante.

***

Vi sono altre affezioni degli arti, o che possono influenzare la funzionalità di questi, che noi abbiamo trattato con la ganglionectomia cervico-toracica o lombare.

I casi non sono molto numerosi, sono piuttosto disparati, e noi ci limiteremo a menzionarli e a farci sopra qualche osservazione: iperidrosi delle mani e dei piedi; artriti o artrosi croniche; rigidità dolorose degli arti e della colonna vertebrale (spondilosi rizomelica); paraplegia spastica d'origine spinale; rigidità, tremori, movimenti atetosici post-encefalitici.

È facilmente comprensibile che la ganglionectomia sia capace di far sparire delle iperidrosi gravi. Ciò corrisponde a dati fisiologici ben noti e alla esperienza giornaliera, la quale dimostra che dopo simpatectomia l'arto o gli arti si presentano caldi e non sudano più.

È ovvio tuttavia che una tale indicazione debba essere posta solo in casi eccezionali, quando cioè la sudorazione sia così abbondante, persistente e male odorante da costituire una vera e propria malattia. Noi abbiamo operato un caso che aveva questi requisiti, e con ottimi risultati.

Per quanto concerne alcune forme di artrite cronica talora tubercolare, altre volte di etiologia non ben determinata, sopratutto nelle forme prevalentemente sinoviali, o multiple, e che sembrano resistere ai comuni trattamenti, o che recidivano con facilità, la ganglionectomia può trovare delle indicazioni.

La nostra esperienza si basa su 11 interventi eseguiti per artriti croniche della ginocchia o delle anche, o della spalla, ed in cui i sintomi dominanti erano, volta a volta, il dolore, gli sfregamenti o i versamenti a ripetizione, senza apparenti lesioni dei capi articolari.

Nell'insieme i risultati sono stati abbastanza sodisfacenti. Essi dipendono probabilmente dalla iperemia attiva e persistente provocata dalla simpatectomia. Anche altri chirurgi hanno avuto analoghi risultati.

È probabile che il miglioramento constatato in due casi di spondilosi rizomelica debba essere riferito allo stesso meccanismo, attivante della circolazione arteriosa degli arti e in parte anche del tronco.

In uno di questi due casi avevo fatto una paratiroidectomia, senza alcun risultato, e successivamente due ganglionectomie cervico-toraciche e due lombari. Dopo queste ultime operazioni si potè constatare una diminuzione dei dolori ed una attenuazione della rigidità.

Sfortunatamente questo miglioramento fu soltanto temporaneo, poichè, a distanza di circa due anni, la rigidità e i dolori erano tornati ad un grado assai simile a quello constatato prima degli interventi sul simpatico.

Nell'altro malato al contrario il miglioramento verificatosi dopo gli interventi si mantiene da circa tre anni.

Sulla base di questi due casi sarebbe molto azzardato di voler stabilire o meno una indicazione alla ganglionectomia nella spondilosi rizomelica.

Per quanto poi concerne la indicazione della simpatectomia in alcune affezioni del sistema nervoso centrale, che provocano stati paretico-spastici, o rigidità nei muscoli degli arti, con o senza tremori o movimenti atetosici, bisogna riferirsi ai numerosi lavori (Sherrington, Langelaan e Boer, Royle e Hunter, ecc.) che trattano del tono plastico e del tono di contrazione, e dei rapporti fra innervazione simpatica e tono plastico. Non è qui possibile accennare a questi rapporti, che d'altronde sono molto discussi.

Ci limiteremo a dire che nei pochi casi, che abbiamo trattato con la ganglionectomia (rigidità post-encefalitiche, tremori parkinsoniani, malattia di Little, paraplegie pottiche) i risultati non sono stati incoraggianti. Solo in una bambina, che presentava rigidità dell'arto superiore sinistro e movimenti atetosici, si ebbe un discreto miglioramento dopo la ganglionectomia cervico-toracica.

Non bisogna tuttavia dimenticare che Leriche e Diez hanno ottenuto dei risultati veramente sodisfacenti in casi di paraplegie di origine pottica a mezzo della ganglionectomia lombare.

Tali risultati, che hanno del sorprendente, non sarebbero, secondo Diez, da attribuire ad una diminuzione del tono muscolare, ma sempre allo stesso meccanismo, che abbiamo più volte ricordato. In questo caso la migliorata irrorazione arteriosa a livello del midollo spinale, dovuta alla vasodilatazione simpatico-priva.

Abbiamo tentato la ganglionectomia lombare anche in un tabetico, che soffriva di dolori lancinanti del piede sinistro. Il risultato

fu negativo. I dolori scomparvero solo dopo cordotomia.

*
* *

Dopo aver enumerato le affezioni degli arti, o che si ripercuotono sugli arti, nelle quali abbiamo eseguito ganglionectomie cervico-toraciche o lombari, ed aver parlato più o meno a lungo delle indicazioni e dei risultati, vi debbo dire qualche cosa sulla cura a mezzo della ganglionectomia di alcune affezioni viscerali.

Si può, a tale proposito, affermare che non esiste quasi malattia degli organi toracici o addominali, che non si sia cercato di curare con una forma qualsiasi di simpatectomia.

Si tratta di un argomento, o meglio di una serie di argomenti di grande interesse. Ma noi ci atterremo anche qui al nostro tema, all'esame cioè delle indicazioni e dei risultati della ganglionectomia in quelle affezioni di cui abbiamo potuto avere una qualche esperienza personale.

Cominceremo col ricordare che abbiamo trattato con la ganglionectomia lombare 1 caso di megacolon, e 4 casi di stipsi cronica grave. Il risultato è stato nullo nel caso di megacolon (che era d'altronde complicato con altre anomalie), e abbastanza buono nei 4 casi di stipsi cronica.

L'indicazione a questa operazione (o ad operazioni analoghe) sarebbe data da quei casi di stitichezza dovuta ad inibizione di origine simpatica dei movimenti peristaltici (stitichezza simpaticotonica).

È perciò necessario di poter stabilire, prima dell'intervento, se la stitichezza appartiene a questo tipo.

La prova può, secondo Morton e Scott, esser fatta a mezzo della rachianestesia, la quale, sopprimendo temporaneamente la innervazione simpatica, permette di poter osservare radioscopicamente la insorgenza di movimenti nel colon, che antecedentemente, nei casi di stipsi simpatico tonica, appariva completamente immobile.

Di solito la simpatectomia lombare sinistra sembra essere il tipo di intervento più efficace.

*
* *

Abbiamo fatto delle simpatectomie cervicotoraciche in 2 casi di asma bronchiale grave, in 1 caso di argina di petto ed in 1 caso di tachicardia parossistica.

Nei due casi di asma bronchiale era stata già fatta una vagotomia destra sottoricorrenziale. Ma, nè con l'uno nè con l'altro intervento si ottenne alcun netto miglioramento della sofferenza dei malati.

Si trova scritto che sono stati ottenuti dei miglioramenti nelle forme ribelli di asma bronchiale, sia con la vagotomia, sia con la simpatectomia.

Ma gli insuccessi sono stati assai più numerosi, e non raramente il successo non fu che temporaneo (come in uno dei nostri casi).

Il meccanismo col quale la ganglionectomia potrebbe agire nell'asma bronchiale è molto discusso. Glaser afferma che essa potrebbe agire con l'interrompere l'arco riflesso della innervazione bronchiale. Ma questa innervazione copre uno spazio assai vasto, tanto che deve riuscire difficile interessarla in tutta la sua estensione.

Recentemente pare che siano stati ottenuti dei notevoli risultati con l'alcoolizzazione di tutti o quasi i gangli toracici.

Se ora veniamo alla stellectomia nell'angina di petto e nelle tachicardie parossistiche, noi tocchiamo un argomento che ha molto interessato tutto il mondo medico, e che è stato oggetto di studi e di discussioni infinite.

Noi non potremo che sfiorarlo. Esso è stato trattato ampiamente nella relazione di Leriche e Fontaine di qualche anno fa al Congresso francese di chirurgia.

La stellectomia, e altre operazioni sul simpatico cervicale o toracico per queste affezioni, sono basate su fatti sperimentali e clinici, che possono essere riassunti così: 1) il simpatico è vasocostrittore non solo sulle arterie periferiche, ma anche sulle arterie coronarie; 2) il lavoro del cuore è regolato da stimoli riflessi, che sarebbero trasmessi per la via del simpatico; 3) la sensibilità aortico-coronaria è sotto il dominio del simpatico; 4) la puntura del ganglio stellato può nell'uomo scatenare un accesso anginoso, mentre l'anestesia dello stesso ganglio può troncare la crisi anginosa.

Non è qui il caso di descrivere tutti i procedimenti operatori, che sono stati applicati nell'angina di petto, nè di parlare delle loro varie indicazioni. Essi vanno dalla sezione del nervo depressore, alla ramisezione, alla simpatectomia cervicale con conservazione del ganglio stellato, alla simpatectomia cervicotoracica o alla stellectomia destra o sinistra o bilaterale, alla novocainizzazione o alla alcoolizzazione del ganglio stellato.

Danielopulo crede che la stellectomia può essere pericolosa, ma l'esperienza di molti chirurgi non ha confermato questa opinione, e noi stessi, che, pur avendo fatto soltanto tre stellectomie per malattia di cuore, ne abbiamo fatte più di 50 per altre affezioni, non abbiamo mai osservato (con una sola eccezione) disturbi cardiaci.

La stellectomia nell'angina di petto agirebbe non solo provocando una vasodilatazione coronaria, ma troncando anche l'arco riflesso degli stimoli dolorosi.

Essa sarebbe sopratutto indicata nell'angina simpaticotonica o vasomotoria, ma ha spesso

dato dei buoni risultati anche in casi in cui esistevano lesioni organiche nel cuore.

Nel caso da me operato 9 anni fa si trattava di uno stato di male anginoso in un paziente con insufficienza aortica. Il malato visse ancora tre anni, senza alcuna crisi dolorosa.

Al pari di Leriche e Antonucci, anche io ho avuto occasione di operare di stellectomia una giovane paziente sofferente di tachicardia parossistica di origine sinusale, che mi era stata inviata dal prof. Sebastiani. Fu operata bilateralmente in due sedute. Il risultato è stato veramente sodisfacente, e tale si mantiene da tre anni.

Sarebbe interessante di poter paragonare i risultati ottenuti a mezzo della stellectomia o di altre operazioni simpatiche con quelli, che seguono alla tiroidectomia totale nel trattamento dell'angina di petto.

Sull'esempio di alcuni chirurgi americani questa ultima operazione è stata fatta anche da molti chirurgi europei durante gli ultimi anni.

Secondo la mia esperienza (10 casi di tiroidectomia totale, di cui 3 per angina di petto) questo intervento, benchè capace di troncare le crisi anginose, ha una gravità maggiore della stellectomia, e non dovrebbe essere adoperato che in via del tutto eccezionale.

Per terminare con il trattamento delle malattie circolatorie, dirò che ho fatto anche qualche ganglionectomia lombare, limitata al primo e secondo ganglio, in alcuni casi di *ipertensione arteriosa*. Ma questa ablazione ha sempre rappresentato solo una parte dell'intervento, durante il quale venivano interessate altre strutture (surrene, nervi splancnici, ganglio semilunare) così che è ben difficile dire quale parte nel risultato finale spetti alla sola ganglionectomia.

***

Vi debbo dire ancora alcune parole su di un'altra indicazione alla stellectomia, che, pur essendo arrivata ultima in ordine di tempo rispetto alle altre indicazioni, è, nella mia esperienza, divenuta prima in ordine di frequenza.

Intendo parlare della *retinite* o *retinosi pigmentosa*, per la quale, a cominciare da dicembre 1935 e fino a dicembre 1938, ho fatto circa 40 stellectomie.

Quasi tutti i malati ci furono inviati dai nostri Colleghi del Reparto oculistico dell'Ospedale del Littorio.

Poichè la progressione di questa grave malattia è determinata principalmente dal restringimento e poi dall'occlusione dei vasi retinici e coroidei, sono stati usati, accanto ad altri rimedi, anche delle sostanze ad azione vasodilatatrice.

A partire dal 1931, e sopratutto dopo il 1934, si cominciò a trattare la R. P. a mezzo della simpatectomia cervicale, o carotidea, o con la stellectomia.

In molti dei casi operati si è potuto constatare una sosta, e più spesso ancora un miglioramento delle condizioni visive.

Anche noi abbiamo potuto osservare in un grande numero dei casi operati un miglioramento, talora sensibilmente, sopratutto quando l'operazione non era stata troppo tardiva.

E veramente, se l'indicazione della simpatectomia in questa affezione è giusta, si dovrebbe operare precocemente, quando la vista non è troppo diminuita, e quando l'elemento vasospastico è ancora importante.

Miei cari Colleghi,

Con la esposizione, che vi ho fatto delle indicazioni e dei risultati della ganglionectomia cervico-toracica e lombare non ho certamente preteso di esporvi lo stato attuale di tutti i numerosi problemi connessi con questi interventi. Del resto non sarebbe stato possibile far questo nel breve spazio di tempo, durante il quale ho avuto il piacere e l'onore di parlarvi.

Mi è sembrato che voi avreste trovato più interessante di conoscere il modo di vedere di un chirurgo, che ha avuto occasione di osservare, di curare e di seguire un certo numero di malati. Sarebbe anche stato importante di poter paragonare le indicazioni e i risultati della ganglionectomia, con quelli, riferentisi ad altri interventi o ad altri modi di cura. Noi ci siamo limitati a far menzione della surrenalectomia nel trattamento della tromboangioite obliterante, e della tiroidectomia totale per angina di petto, poichè di tali interventi avevamo avuto una qualche esperienza. Ma non abbiamo ricordato, per esempio, il trattamento secondo Silbert, non perchè ne vogliamo disconoscere il valore, ma perchè di esso non abbiamo una esperienza sufficiente.

Ci resta ora di dire qualche cosa sui *risultati della ganglionectomia dal punto di vista strettamente operatorio.*

Per quanto riguarda la ganglionectomia lombare possiamo affermare che l'operazione effettuata per via extraperitoneale, con incisione crociata dei muscoli, secondo il nostro metodo, rappresenta un intervento ben regolato e non grave.

Nel film, che vi mostrerò, potrete osservare i vari tempi dell'operazione, che in alcuni casi è stata eseguita da ambedue i lati nella stessa seduta.

Seguiamo questo metodo dal 1934, e d'allora non abbiamo avuto da lamentare degli inconvenienti gravi attribuibili all'intervento in sè.

La via intraperitoneale, che adoperammo nei nostri primi casi, ci sembra rappresentare un intervento più grave.

Alcuni pazienti si lamentano di dolori a tipo nevralgico lungo la faccia esterna della coscia, ma si tratta di dolori non forti e passeggeri.

Un inconveniente, di cui bisogna tener conto, e che è bene far presente ai malati allorchè si voglia fare una ganglionectomia bilaterale, è la cessazione del potere di ejaculazione, che è stata osservata più volte.

La potentia coeundi non subisce alcuna diminuzione.

La maggior parte dei malati è stata operata in rachianestesia.

L'operazione non provoca shock.

Quanto alla ganglionectomia cervico-toracica (dopochè nei nostri primi casi avevamo seguito la via posteriore secondo Adson) noi la eseguiamo per la via anteriore secondo Gask. A questo metodo abbiamo portato alcune modificazioni, delle quali non è il caso di parlare.

L'operazione è quasi sempre praticata in anestesia locale. Essa permette di asportare il ganglio stellato e il secondo e terzo toracico.

I tempi dell'operazione vi saranno dimostrati con un film.

La mortalità dovrebbe essere assai bassa. Su di un totale di circa 60 interventi abbiamo perduto una sola malata, che si trovava in stato di asistolia.

Gli incidenti operatori nei nostri casi si sono limitati a delle piccole lacerazioni pleuriche (tre casi) e a delle emorragie, che si poterono controllare senza eccessiva difficoltà.

La sindrome di Bernard-Horner, che è legata alla ablazione del ganglio stellato, può danneggiare un po' l'estetica del viso, quando l'intervento è fatto da un solo lato.

Alcuni malati accusano dopo l'operazione dei dolori e delle parestesie lungo l'arto. Tali disturbi sono probabilmente in rapporto con trazioni o compressioni un po' troppo energiche esercitate sul plesso brachiale durante l'intervento.

***

Come conclusione a quanto ho detto, si potrebbe affermare che, se la chirurgia del simpatico, e più particolarmente la ganglionectomia, comporta il sacrificio di elementi nervosi, che certamente debbono avere una importanza nel mantenimento dell'equilibrio funzionale del corpo, essa diviene una chirurgia conservatrice, allorchè, per una ragione o per un'altra, questo equilibrio è perduto, e si tratta di salvare uno o più arti, di sopprimere il dolore, e talora di prolungare la vita.

Ma come, e forse più che in altri campi della chirurgia, bisogna guardarsi dalle esagerazioni, che nuocciono ai malati, al chirurgo e alla chirurgia; bisogna operare solo a ragion veduta, e ricordarsi che l'operazione può non rappresentare che un tempo della cura.

(La conferenza è stata illustrata con due films operatori).

*

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI VERONA
REP. MEDICO: diretto dal prof. G. CEVOLOTTO.

Un caso di avvelenamento da tallio (1)

per il dott. BATTISTONI LUCIANO.

Il tallio, metallo raro ad elevato peso atomico, per caratteri fisici simile al piombo al quale anche si accosta per certe particolarità tossicologiche, entrò nel campo terapeutico in merito alla sua favorevole azione nella cura delle tigne. Però tale proprietà venne presto trascurata dopochè Janselme, Sabouraud, Giovannini, Brocq e altri misero in luce i gravi disturbi conseguenti ad una inesatta modalità di somministrazione.

Nel 1919 Cicero, nel Messico, lo riportò in onore stabilendone la dose utile, e, in Italia, Fiocco, recò un valido contributo all'argomento consigliandone l'uso. La modalità di prescrizione venne fissata e sperimentata dagli autori nella dose unica, presa in una sola volta, di milligrammi 6-8 per chilo di peso in bambini fino a 12-13 anni di età; non è opportuna la somministrazione ad una età superiore per la maggiore tossicità del farmaco negli adulti. Molto dibattuta è tuttora la modalità d'azione del Tl e tre sono le teorie che si contendono il campo:

1) azione del Tl sul sistema nervoso centrale (s.n.c.);

2) azione sulla papilla e sul pelo;

3) azione sull'apparato endocrino simpatico (e. c.).

Il Buschke sostiene la teoria neuro-endocrina; G. Truffi l'azione diretta sugli elementi follicoli pilari; Cortella, invece, dopo avere sistematicamente osservato le lesioni prodotte sul s.n.c. e periferico dal Tl, somministrato in dose tossica, a scopo sperimentale, sui ratti albini e consistenti in: disgregazione delle zolle cromatiche nelle grandi cellule piramidali e nel corno d'Ammone; vacuolizzazione e rigonfiamento del corpo cellulare; neurite degenerativa; conclude per una affinità tossica sul s.n.c. mentre le alterazioni delle ghiandole endocrine sarebbero conseguenza delle alterazioni dei centri vegetativi con i quali sono in relazione.

Non interessandoci, per lo scopo di questo lavoro, entrare nella dibattuta questione, ci basti trarne la considerazione che la funzione

(1) Una comunicazione preventiva del caso è stata fatta al Sind. Fasc. Medici della prov di Verona nella seduta del 25 maggio 1938-XVI.

alopecica del Tl è più l'espressione di un'azione tossica che terapeutica; azione tossica constatata fin dal suo primo uso e resa nota attraverso le molte osservazioni degli autori che le hanno descritte. Essa provocherebbe caduta dei capelli, anoressia, stipsi, mialgie, artralgie, miastenie, coliche addominali con diarrea, perdita della parola, movimenti coreici; talora Babinski bilaterale e distrofie cutanee; prevalenza ora dei sintomi nervosi, ora cutanei, ora addominali. Secondo il Peli la tossicità del Tl, più che dal contenuto molecolare di esso, è dovuta alla solubilità del sale e alla tossicità del radicale che forma il sale stesso.

In questo ultimo decennio è stato allargato l'uso del Tl, con sfruttamento delle sue proprietà tossiche, alla lotta contro i roditori, e, più particolarmente, contro i topi. In dose conveniente manifesterebbe una fulminea azione elettiva sul s.n.c. procurando in pochi minuti la morte del topo per paralisi dei centri nervosi.

In America il sale di Tl venne miscelato in varia percentuale con orzo e con farina. In Germania la casa Bayer lo presenta miscelato in pasta e in grani di frumento: questi ultimi messi in commercio con il nome di grani di zelio in flaconcini da 25 gr. ciascuno, dove il Tl come solfato è presente nella percentuale del 2 %.

E appunto sotto tale forma venne fornito agli amanti delusi e agli stanchi della vita un nuovo mezzo per chiudere in fallimento il bilancio della loro esistenza...

Dall'America Ginsburg e Nixon inviano i primi protocolli delle loro osservazioni di avvelenati: dopo 24 ore dall'ingestione del Tl, dolori alle estremità e vomito: indi segue, a distanza di ore, paresi degli arti; poi, stomatite, tumefazione gengivale, scialorrea ed eruzione bollosa sulle labbra. Dopo 3-5 giorni, paresi dei nervi cranici, strabismo, disturbi della sensibilità e movimenti coreiformi; infine, alopecia. Nei casi gravissimi, convulsioni, delirio, ipertermia, broncopolmonite, edema polmonare e morte.

In Germania, Heimann descrisse casi con sintomi analoghi, con prevalenza ora dei disturbi a carico dell'apparato gastro-intestinale. ora del sistema nervoso. Discordanze sintomatiche scarse in relazione, con tutta probabilità, alle diverse quantità ingerite, all'età, al peso e alla sensibilità dei vari individui.

Adler riporta di una ragazza che aveva ingerito, a scopo suicida, un tubo di pasta Zelic presentando coliche addominali, anidrosi, iperidrosi, dismenorrea, caduta dei capelli, polinevriti e, otto settimane dopo, onicopatia alle unghie delle mani: zona bianca trasversale su tutte le unghie delle mani; nulla ai piedi.

Nel caso di Sprado sono descritte: caduta dei capelli, nevriti, sciatiche, coliche addominali, alterazione del sistema endocrino, diabete, tireotossicosi e tachicardia. Tale autore conclude per lesione del sistema nervoso autonomo e periferico.

Werner, in un caso di ingestione, in due volte distanziate di due settimane, di 50 gr. di grani di Zelio, ha avuto i seguenti sintomi: immediata nefrite, dolori lancinanti agli arti inferiori, ipertermia, nevralgie senza modificazione dei riflessi; dopo 19 giorni, collasso cardiaco; dopo tre settimane, caduta dei capelli; seguì, poi, nevrite agli arti inferiori con iperestesia e assenza della eccitabilità faradica del n. sciatico; arresto temporaneo delle mestruazioni, parestesie, manifestazioni intestinali; talora, incapacità di orinare. Egli conclude per una azione sul s.n.p., sul s. endocrino (arresto mestruazioni, remissione della malattia durante il periodo mestruale) e anche sui corpuscoli epiteliali (caduta dei capelli).

Venendo al nostro caso, si tratta di un contadino, B. G., di anni 65 nella cui anamnesi familiare si trova che il padre si è suicidato a 50 anni.

Personalmente, eccettuato un tifo a 25 anni, è stato sempre bene fino a otto anni or sono: epoca in cui cominciò a soffrire dolori sciatici bilateralmente.

Il 13 marzo 1938, a scopo suicida, ingerì in una sola volta 50 gr. di grani Zelio-Bayer al solfato di tallio.

Il giorno seguente cominciò ad accusare, dapprima, parestesie dolorose, poi, dolori accessionali, nevralgici, persistenti alle estremità: prevalentemente ai piedi. Non vomito nè diarrea.

In tale stato si presentò all'ospedale civile di Verona dove fu accolto e ricoverato nel reparto medico il 15 marzo.

Soggettivamente accusava crampi assai dolorosi ai polpacci e senso di freddo ai piedi che anche al tatto si rivelavano più freddi del corpo.

Obbiettivamente nulla all'esame viscerale. Temperatura 37°,6. Nulla a carico del s. n. Mancanza dei riflessi achillei bilateralmente (sciatiche pregresse). Sensibilità inalterata ovunque fuorchè alle piante dei piedi dove la tattile viene avvertita come un dolore urente. Riflessi vasomotori normali. Deambulazione resa assai dolorosa dalla acroneuralgia. Pmx. 180, Pmn. 125.

Non vomito nè nausea ma un senso di ostacolo lungo l'esofago, accentuato dalla ingestione dei cibi.

Dopo 3 giorni, diarrea.

Dopo 6 giorni la sintomatologia è poco modificata. Si nota una fragilità dei capelli che re-

stano in quantità tra i denti del pettine e sul cuscino

Dal lato del s. n. nulla. Non atassie nè dismetrie; movimenti degli arti liberi se pure lenti. Il r. patellare di sinistra è un poco accentuato rispetto a quello di destra. Sempre assenti gli achillei. Sensibilità tattile normale.

Tachicardie accessionali con polso frequente e ritmico.

Persistono crampi dolorosi ai polpacci e ai piedi con dolore urente alle dita e al cavo plantare. Tremori a scosse ampie delle dita delle mani.

Nessuna alterazione all'esame elettrico degli arti.

Dopo 15 giorni la caduta dei capelli è profusa: più fragili sono anche i peli del pube. Migliorati i dolori urenti alle mani, ma i polpastrelli sembrano come ovattati pure non presentando alterazioni della sensibilità. Più accentuati sono i disturbi vasomotori alle estremità inferiori che, talora, sono sentite eccessivamente fredde, talora, eccessivamente calde: la prima sensazione più frequente e persistente della seconda.

Dopo 20 giorni, achilia gastrica. La cute, specie del tronco e delle braccia, si è fatta arida e si desquama in piccole scagliette furfuracee, non pruriginose.

Dopo 35 giorni, la diarrea si limita a due scariche molli giornaliere senza dolori addominali; le condizioni generali di nutrizione sono assai scadute: il colorito del viso è notevolmente pallido-gialliccio. Sul cuoio capelluto spiccano vaste zone alopeciche. Nulla a carico dei nervi cranici. Nulla al cavo orale: non glossite, non stomatite. Nulla ai polmoni e al cuore Pmx. 158, Pmn. 102. Polso ritmico, di frequenza 70. Riflessi patellari accentuati, achillei sempre assenti. Nessun disturbo della sensibilità nelle sue varie forme. Diminuita la sensazione urente ai cavi plantari ma persistono, assai tormentosi, i crampi agli arti inferiori.

L'esame elettrico dimostra: diminuzione della eccitabilità faradica a carico dei nervi sciatico e femorale in entrambi gli arti; non esiste inversione della formula fisiologica; la contrazione muscolare è più lenta.

Dopo 50 giorni, le condizioni sono assai scadenti. Persiste achilia gastrica con anoressia di notevole grado; è, invece, quasi cessata la diarrea.

Perdurano la caduta dei capelli e i dolori agli arti inferiori con impossibilità della deambulazione. Nessuna lesione ungueale. Psiche integra.

Modica diminuzione anche della eccitabilità galvanica degli arti inferiori mentre la faradica è scomparsa.

Dopo due mesi di degenza si è cominciato a notare un lento e graduale miglioramento: diminuzione dei dolori alle estremità inferiori, minore la caduta dei capelli, mentre nelle zone alopeciche spuntano i nuovi. Persiste inappetenza, ma l'esame del succo gastrico dimostra un aumento della acidità. I riflessi patellari, ora più deboli, ora più accentuati, alternativamente in una gamba e nell'altra, tendono a regolarizzarsi e a presentare la stessa intensità reattiva. La muscolatura degli arti inferiori risponde alla eccitabilità faradica, dapprima lentamente, poi, più energicamente con il passare dei giorni. La galvanica è ritornata e dà risposte normali.

A distanza di circa tre mesi, le condizioni sono notevolmente migliorate. Si alza e cammina abbastanza speditamente. La psiche è sempre lucida e bene orientata; ma i compagni di sala e di reparto riferiscono che da alcuni giorni manifesta una certa acredine verso alcuni famigliari, asserendo di essere una loro vittima e di essere stato spinto al suicidio, fortunatamente non riuscito, dal loro egoismo e dalla loro persecuzione. E, mentre si dice fortunato di averla scampata bella, e di essere felice di essere in vita, si contradice subito dopo desiderando di morire. Ai medici, invece, nega di aver parlato di desiderio di morire.

Con il trascorrere dei giorni, mentre da un lato migliora (aumenta di 8 chili), dall'altro si fa psichicamente agitato: continuamente in moto per le sale, parla con tutti e si lamenta con tutti, sempre ribattendo il chiodo della disonestà familiare e della persecuzione a suo riguardo: chiede, anzi, un permesso di poche ore per recarsi a casa ad accertarsi che un suo coinquilino non gli abbia venduti alcuni mobili.

Il 27 luglio, di mattina, racconta un sogno avuto durante la notte, con l'apparizione di un angelo che l'avrebbe rimproverato del tentato suicidio benedendolo, infine, così da togliergli ogni desiderio e capacità di ripetere l'atto insano. Prima di mezzogiorno chiede alla suora capo-sala un permesso di uscita per poche ore: gli viene rifiutato; se ne lamenta un poco per conto suo e, poi, scrive alla suora un biglietto in cui richiede di essere dimesso sentendosi ormai bene.

Nelle prime ore del pomeriggio, avvicinatosi alla capo-sala come per chiederle qualcosa, improvvisamente l'afferra per il collo tentando di strozzarla e battendole la testa contro le sbarre di una finestra fino alla quale l'aveva trascinata. Immobilizzato con fatica, dopo poche ore venne internato al manicomio provinciale di Verona, ove tuttora si trova.

Esami di laboratorio.

I numerosi esami di orina; chimici e microscopici, hanno sempre dato risultati normali.

Esame del sangue. (16 marzo). G. r. 5.040.000; G. b. 6.100; H. b. 100; V. g. 1.

Nf. 67 %; Es. 0 %; Bs. 1 %; Lf.25 %; Mn. 7 %.

(23 aprile). Gl. r. 4.890.000; Gl. b. 6.800; Hb. 91 %. V. gl. 0,94.

Neutr. 66 %; Eosin. 0 %; Bas. 0 %; Linf. 32 %; Monoc. 2 %.

(5 giugno). Gl. r. 4.123.000; Gl. b. 6.000; Hb. 80 %; V. g. 0,98.

Neutr. 73 %; Eos. 1 %; Bas. 0 %; Linf. 22 %; Monoc. 4 %.

Esame del liquor (al Claude, in posizione seduta).

(16 marzo). Limpido, incoloro. Press. iniz. 34 cc.; Press. term. 16 cc.; Reaz. di Wassermann negativa; Pandy neg.; N. Appelt negativa; Boveri negativa.

Elementi cellulari 0,2 per mmc.; Albumina 0,20 per mille.

(20 maggio). Limpido, incoloro. Pr. in. 25 cc., pr. ter. 17 cc.

Pandy, N. Appelt e Boveri negative. Elem. cell. 0,9 per mmc. Albumina 0,18 per mmc.

Esame del succo gastrico.

(25 marzo). A digiuno: HCl libero 0,42; HCl combinato 0,73; Acidità totale 1,23.

Dopo il pasto di Evald: HCl libero 0,50; HCl comb. 0,90; Ac. tot. 1,56.

(7 aprile). A digiuno: HCl lib.; HCl comb.; ac. tot. assenti.

Dopo il pasto di Evald: HCl lib. assente; HCl comb. 0,14; Ac. tot. 0,47.

(20 maggio). A digiuno: HCl lib. 0,38; HCl comb. 0,68; Ac. tot. 1,18.

Dopo il pasto di Evald: HCl lib. 0,46; HCl comb. 0,82; Ac. tot. 1,35.

Azotemia: 20 marzo: 0,30 per mille (15 maggio): 0,42 per mille.

Glicemia: 23 marzo: 1,10 per mille; 20 aprile: 1,42 per mile.

Calcemia: 0,097 per mille.

Cloruremia: 5,445 per mille.

Uricemia: 0,035 per mille.

Ricerca del tallio nelle orine. Nessuno degli autori che descrissero casi di avvelenamenti da tallio si interessò della ricerca del farmaco eliminato dall' organismo. Del Tl, come del piombo, esistono particolari reazioni:

se, ad esempio, si trattano 2-3 grammi di materiale contenente Tl con acqua fino a scioglierlo completamente e si aggiunge solfuro di ammonio, si otterrà un precipitato rosso-bruno di solfuro di tallio;

se con solfuro di sodio, un precipitato rosso-bruno di solfuro di tallio;

se con HCl concentrato, un precipitato bianco di cloruro di tallio;

se con ioduro di potassio, un precip. giallo di ioduro di tallio;

se con cromato di potassio, un precip. giallo di cromato di tallio.

Così pure esiste una determinazione quantitativa basata sull'esame colorimetrico con i colorimetri soliti del Duboscq.

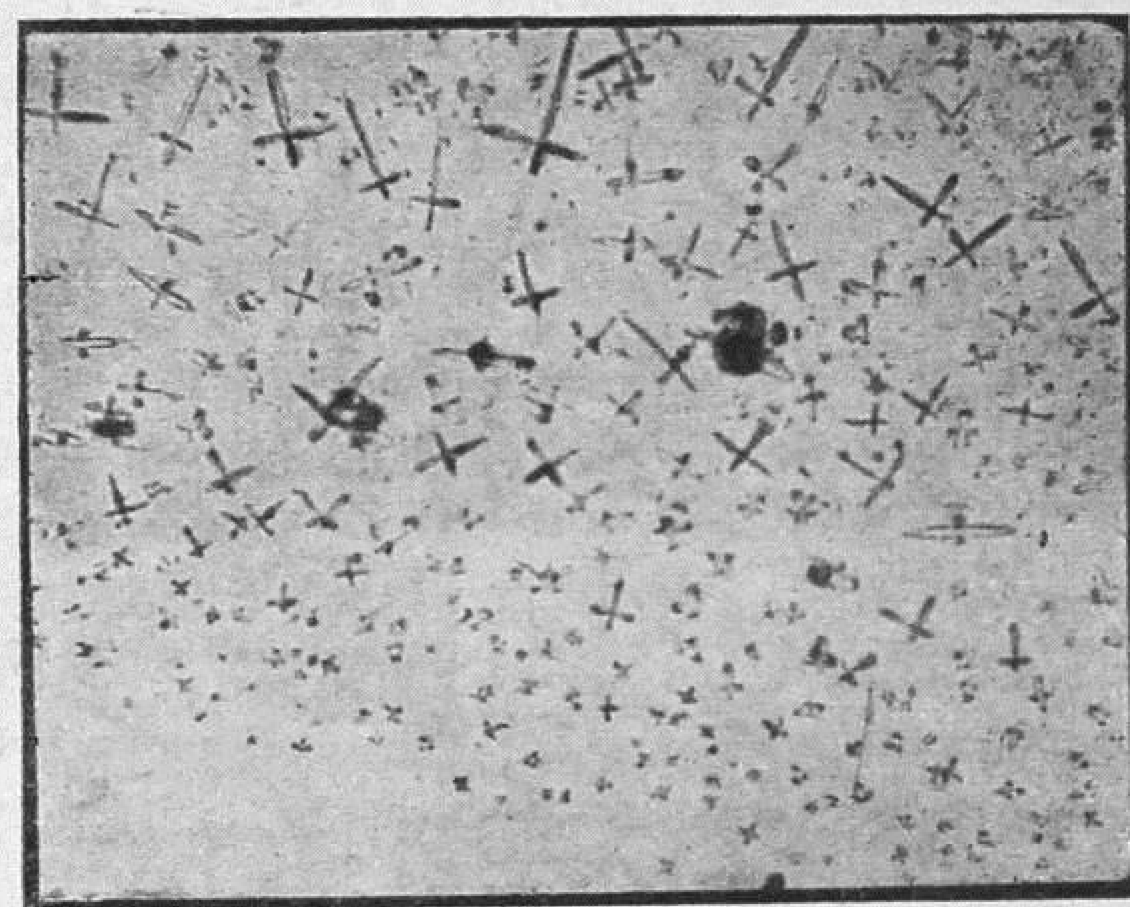
Entrambi questi metodi di ricerca, da me provati, non mi hanno dato alcun risultato positivo. Penso che questo sia dipeso sopratutto da due fattori:

1) molteplicità delle vie di eliminazione del Tl;

2) eliminazione frazionata in quantità minime per volta, probabilmente tali da non essere svelate con i suddetti mezzi di indagine.

Consigliato e autorevolmente guidato dal prof. Panini, docente di farmacognosia nella R. Univ. di Roma e direttore della farmacia dell'ospedale civile di Verona, studiai il metodo microchimico. Si trattava di precipitare il Tl, eventualmente presente nelle orine, in un sale insolubile, microscopicamente riconoscibile. Poichè nelle orine abbiamo numerosi componenti salini in soluzione, organici e inorganici, che, precipitando con il Tl, possono, per la loro maggiore quantità, renderne assai difficile la ricerca, bisognava precipitare come sale insolubile solo il Tl; ora si sa che il Tl, il Pb e l'Ag sono insolubili all'acido nitrico sotto forma di cloruri, mentre tutti gli altri cloruri, che eventualmente si possono trovare nelle orine, sono solubili all'acido nitrico. Teoricamente, perciò, riducendo al minimo una certa quantità di orina, trattando a caldo il residuo con acido nitrico, e, successivamente, a freddo con ac. cloridrico, si sarebbe ottenuto in precipitazione solo cristalli di cloruro di tallio essendo in soluzione tutti gli altri sali.

Tecnica. Circa 1200-1500 cc. di orina si evaporano a secco con bollitura. Il residuo, costituito da una abbondante massa rossastra di penetrante odore ammoniacale, si scioglie a caldo con poca acqua distillata resa acida



per l'aggiunta di alcune goccie di acido nitrico diluito al 20 %. Si filtra ripetutamente fino ad ottenere un liquido limpido di colore giallo carico; a freddo si tratta il filtrato con poche goccie di ac. cloridrico concentrato; si centrifuga lungamente, si decanta il liquido sovrastante e si osserva il sedimento al microscopio a piccolo o medio ingrandimento.

Morfologicamente i cristalli di cloruro di Tl si distinguono per la loro forma a croce latina il cui braccio più lungo presenta frangiature marginali di varia profondità; in minore quantità si presentano come piccoli quadrati di grandezza varia, talora raggruppati, ma anche isolati. Più rari sono i cristalli che si presentano lamelliformi a più strati sovrapposti.

Nel nostro caso l'eliminazione del Tl con le orine è stata microscopicamente accertata fino a 50 giorni circa dall'ingestione del farmaco.

*
* *

Riassumendo, il complesso sintomatico è stato il seguente:

dapprima ipertermia di modico grado, acroneuralgie persistenti, parestesie dolorose

urenti alle estremità inferiori, e, meno forti, alle mani. Contemporaneamente crampi muscolari ai polpacci e disturbi vasomotori ai piedi. Secondariamente, coliche addominali e diarrea.

Dopo una settimana, caduta dei capelli.

Dopo 20 giorni achilia gastrica e sclerodermia.

Dopo 45 giorni circa, disturbi di reazione degenerativa parziale agli arti inferiori con diminuzione della eccitabilità faradica e galvanica e contrazioni torpide dei muscoli.

Dopo 90 giorni miglioramento di tutti i sintomi e accentuazione di una ipereccitabilità nervosa che ha portato ad un atto di violenza per il quale il malato fu trasferito al manicomio in osservazione.

Confrontando il nostro caso con quelli precedentemente descritti, noi lo vediamo come una ripetizione di questi, nei sintomi salienti comuni a tutti: acroneuralgie, turbe vasomotorie, coliche addominali con diarrea, tachicardia accessionale, caduta dei capelli, sclerodermia, alterazione degenerativa parziale. In più troviamo la achilia gastrica e l'ipereccitabilità nervosa, mentre mancano totalmente i disturbi secretori-irritativi del cavo orale (scialorrea, stomatite).

Una certa differenza la troviamo, invece, nella evoluzione patologica.

Ciò che è evidente nei casi di avvelenamento da Tl descritti è una notevole irregolarità di presentazione di questo o quel sintomo che sorgono e scompaiono più volte nel corso della malattia così da far pensare che non sia leso questo o quell'organo nella sua intima compagine strutturale, bensì temporaneamente e variamente scoordinata la loro funzionalità per squilibrio, diciamo pure, nervoso.

La tossicologia ci ha ormai abituati a riconoscere l'azione di un farmaco attraverso i suoi effetti sull'organismo, sempre costanti se pure variabili per intensità e durata. Nel caso del Tl, invece, non è solo la molteplicità dei sintomi che colpisce, bensì la risposta di tutti gli organi ed apparati, funzionalmente diversi e non direttamente dipendenti, all'unico agente tossico. Non azione elettiva, quindi, su un organo piuttosto che su un altro, ma una somma di reazioni ad uno stimolo abnorme. Cute, apparati cardiaco, digerente, uropoietico, genitale, endocrino, nervoso, muscolare e, nei casi mortali, anche respiratorio, tutti vengono alterati dall'immissione nell'organismo di un solo tossico; non può, perciò, meravigliare che tante teorie siano sorte ad attribuire al tallio una particolare elettività d'azione piuttosto che un'altra: ma neppure meravigliano le contestazioni scambievoli, basate su fatti positivi, tendenti a dimostrare che un'azione elettiva non spiega tutti i fenomeni. Non mi sembra troppo semplicista il sostenere che, non potendosi riconoscere al Tl una elettività d'azione così universale, bisogna pensare che la sua azione si esplichi solo, o prevalentemente, sopra un « sistema » che abbia sotto di sè funzionanti e regolati tutti gli organi e apparati del nostro corpo: mi riferisco al sistema nervoso vegetativo. Più che lesione del sistema nervoso o endocrino-simpatico o della papilla e del pelo, meglio sarebbe dire distonia neuro-vegetativa con prevalenza del simpatico, che tale appunto sembra essere il complesso sintomatico provocato dal Tl. Se poi si pensa come il sistema vegetativo nelle sue due grandi sezioni, vagale e simpatica, costituisca un tutto unico e armonico su cui tutti gli organi endocrini esercitano una azione equilibrativa per mezzo di una doppia secrezione capace di influenzare l'una o l'altra sezione, più agevolmente ci si convince del grave e disordinato squilibrio derivante da una lesione che colpisca tale sistema. Vanno appunto sotto il nome di simpatosi le molteplici alterazioni del sistema vegetativo: e tra esse troviamo le acroparestesie, le turbe vasomotorie, il tremore delle mani, la tachicardia accessionale, la caduta dei capelli, la sclerodermia e l'achilia gastrica, presenti pure nell'avvelenamento da Tl. Anche la diarrea e le coliche addominali le attribuirei ad una distonia vegetativa perchè manifestatesi solo dopo tre giorni dall'ingestione della sostanza tossica e non subito, come sarebbe avvenuto se l'azione fosse stata diretta sull'apparato digerente. La modica iperglicemia, riscontrata nel nostro caso, mi sembra pure un segno degli stretti rapporti esistenti tra sistema vegetativo e ricambio idrocarbonato: mentre, infatti, sostanze ad azione paralizzante sul simpatico inibiscono la secrezione dell'adrenalina, al contrario, sostanze simpaticotrope ne eccitano la secrezione con aumento del tasso glicemico e della glicosuria.

In favore di una azione simpaticotropa del Tl sta anche il fatto che in molti casi descritti, come in quello di mia osservazione, l'apparato respiratorio è stato il solo indenne. Infatti l'innervazione dei muscoli di Reissessen è data dal vago e il vago è pure eccitante della secrezione bronchiale: solamente fenomeni di iperstenia vagale provocherebbero, quindi,

disturbi dell'apparato respiratorio. Oppure il contrario: talora, infatti, un accesso asmatico risente effetto favorevole più dall'adrenalina (simpaticotonica) che dalla atropina (vagoinibitrice); il che potrebbe, fino a un certo punto, farci ritenere che in qualche accesso asmatico si tratti piuttosto di una simpaticoipotonia che di una vagotonia. (In tal modo si può spiegare il successo favorevole della cura dell'accesso asmatico con chok insulinico-ipoglicemico, tendente, per un gioco di equilibrio endocrino, a mettere in circolo una maggiore quantità di adrenalina che, correggendo lo stato di simpaticoipotonia, avrebbe effetto favorevole sull'accesso asmatico. Tale effetto sarebbe più pronto ed efficace che non con l'iniezione di adrenalina forse perchè obbliga l'organismo a mettere in funzione l'azione equilibrativa dei suoi organi endocrini). Come spiegare l'ipereccitabilità nervosa? I simpaticotonici sono sempre facilmente esauribili e la esauribilità nervosa è una delle stimmate di prevalenza simpatica. Spesso, poi, si hanno i segni della debolezza nervosa irritabile. Il nostro paziente era spesso facilmente irritabile anche coi compagni di sala e la sua acredine verso la caposala può essere stata improvvisamente suscitata dal ricordo del negato rifiuto del permesso richiesto. Dobbiamo ricordare che la sua era già la psicologia di un suicida, generato da un padre suicida. Del resto, dal suo ingresso in manicomio ad ora, è apparso ai medici del tutto normale e tranquillo tanto da poter essere adibito a lavori liberi.

Dobbiamo riconoscere, infine, che il caso di nostra osservazione ha avuto un decorso particolarmente favorevole data la notevole quantità di solfato di Tl ingerita: 1 gr. Senza voler entrare in merito alla questione della maggiore tossicità del Tl negli adulti, probabilmente dipendente dal fatto che per ottenere in essi l'effetto terapeutico occorre una quantità di farmaco troppo forte e, perciò, dannosa, ritengo che il favorevole decorso sia dipeso dall'età avanzata del soggetto. Sempre guidato dal lume della ipertonia simpatica, lo spiegherei con la conoscenza che nella vecchiaia si ha nuovamente un ritorno alla prevalenza vagale. Sempre riportandomi alla casistica degli altri, i casi di avvelenamento più grave si sono avuti negli adulti; quelli meno gravi nei vecchi; viene, perciò, spontaneo chiedersi se, negli adulti, la maggiore tossicità del Tl non sia anche funzione dell'eccedenza simpatica rispetto alla vagale. Nei vecchi, dunque, si ha eccedenza vagale; ma non per ipertonia vagale, bensì per diminuzione del tono simpatico in quanto l'apparato ormonico satellite del simpatico (tiroide, ipofisi) è più ipoplasico e ipofunzionante di quello satellite del vago (testicolo, ovaio).

In tali condizioni di ipotonia simpatica è possibile ammettere che un farmaco, simpaticotropo, abbia dato luogo ad una sintomatologia completa, ma ridotta di intensità.

Terapia. Non esistendo un antidoto sicuro, la terapia è necessariamente sintomatica. Se il tossico è nello stomaco, renderlo insolubile con cloruro o bromuro di sodio che formano appunto cloruro e bromuro di Tl, insolubili; espellerlo, poi, con lavanda gastrica, se possibile, oppure con purgante salino. Se è già assorbito, introduzione per os ed endovena di tioacetato di stronzio o iposolfito di sodio: per os, 2 gr. pro die; per iniez. endovenosa, 10-20 cc. pro die di una soluzione al 10 % (1-2 gr.). Entrambi hanno lo scopo di costituire solfuri insolubili.

Qualche cardiocinetico e facilitare la diuresi con infusi di tè e teobromina. Buoni risultati ho ottenuti contro le acroneuralgie con l'uso continuato di Betaxin « Bayer », prodotto di vitamina B nella quantità di 1-2 cc. pro die intramuscolari.

Astenersi dalla somministrazione di preparati di ormone tiroideo o ipofisario e, sopratutto, dall'adrenalina notoriamente simpaticotropa.

Per le ragioni suesposte è da tentare, perchè consigliabile e opportuna, la inibizione del simpatico. Si può somministrare Gjnergen, contenente tartrato di ergotamina, inibitrice del sistema simpatico; in dosi opportune non dà luogo a inconvenienti: per os, in compresse da 1 mgr., si può arrivare fino a 6 al dì, gradatamente, dopo aver saggiata la tolleranza individuale; oppure in soluzione al millesimo: da 15 a 30 goccie, due volte al giorno; per iniezione, si trova in fiale da mgr. 0,50 per cc.: da 1/4 a 1/2 cc. ed, eventualmente, 1 cc. per volta, una o due volte al giorno.

Non consigliabile la pilocarpina perchè non può ritenersi come specifica per l'eccitamento del vago.

RIASSUNTO.

L'autore descrive un caso di avvelenamento da Tallio in un vecchio di 65 anni che aveva ingerito, a scopo suicida, 50 gr. di grani Zelio, prodotto della casa Bayer nel quale il solfato di Tallio è contenuto nella percentuale del 2 %. Svoltane la sintomatologia, descrive un nuovo metodo, microchimico, di ricerca del tallio nelle orine; ne confronta, infine, i sintomi con quelli dei casi precedentemente descritti in America e in Germania — mentre il suo è il primo descritto in Italia — e li discute al lume di un'azione del tallio sul sistema nervoso-

vegetativo; più precisamente, come eccitante del gran simpatico. Chiude con alcuni cenni di terapia consigliando l'uso di farmaci simpatico-inibitori dai quali egli ha avuto risultato.

BIBLIOGRAFIA.

CORTELLA E. Giorn. di Dermatosifilologia, 1929, pag. 164.
ID. Giorn. di Dermatosifilologia, 1930, 164.
ID. Il Dermosifilografo, 1935, n. 5, pag. 1507.
TRUFFI G. Rassegna clinico scientifica I. B. I., 9, 1927.
PELI G. Giorn. Derm., 1935, 1281.
BUSCHKE. Klin. Wochen., 1925, 2444.
ID. Klin. Wochen., 1928, 1088.
CREVING GAGEL. Klin. Wochen., 1928, 1323.
ADLER. Dermat. Zeitschr., vol. 63, fasc. 4, 1932.
WERNER H. Klin. Wochen., fasc 5, 1931, 977.
SPRADO K. Deut. Mediz. Wochen., fasc. 15, 537, 1938.
GINSBURG e NIXON. Journal Amer' Medic. Assoc., Assoc., recensito da Min. medica, n. 42, 1932.
FRAZIER N. Recensito da Min. Medica, n. 24, 1007, 1930.
BAUMANN R. Acta Radiologica, rec. da Min. Med., 857, 1730.
GUARESCHI. Nuova Enciclopedia Chimica, vol. II, pag. 1069, fig. 765.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI SEMEIOTICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Diretto dal Prof. A. SIGNORELLI.

Latitudine e " ricorrenze „ malariche.

R. GOSIO, aiuto.

La recidività delle febbri malariche è fatto di corrente osservazione in tutte le latitudini endemiche e si verifica anche dopo la migrazione dei malarici nelle zone indenni. Distinguiamo le recidive a breve da quelle a più lunga scadenza e il significato clinico e biologico di questi due grandi gruppi di recidive risulta profondamente diverso.

Le *recidive a breve scadenza* (a intervalli brevi) oggi anche distinte in « recrudescenze » e « ricadute » a seconda dell'intervallo che le separa (James), vanno racchiuse nell'ambito della evolutività costantemente operante dell'infezione; esse hanno spesso un ritmo definito talora ebdomadario, talora mensile (vedi classiche osservazioni prolungate di Bignami, Marchiafava, Dionisi, Vincenzi, ecc.), talora si riconoscono legate a cause mobilizzanti il parassita (raffreddamento, fatica, trasporto in montagna, ecc.) che per lo più sono fattori di splenocontrazione e quindi di spremitura e snidamento parassitario.

Il limite entro cui si può considerare una febbre malarica con valore di recidiva a breve scadenza non è precisamente fissabile, ma elastico in quanto può andare da pochi giorni ad un mese e anche oltre. Ma la caratteristica di un periodo recidivale malarico, composto di un numero di recidive più o meno ravvicinate, sta nella *evolutività recidivale* del parassita che, presente e militante nel circolo e negli organi interni, o dà piccoli segni della sua presenza (febbricole, malessere fuggevole, crisi tachicardiche, dolori splenici, cefalea, nevralgie, ecc. essendo ogniqualvolta preparato alla recidiva) o dà appunto la recidiva. Anche in fase interrecidivale però e in assenza di manifestazioni cliniche evidenti, il parassita è reperibile se non per esame ematico almeno per puntura della milza e del midollo osseo. Specie nei bambini, come lo ha fatto notare ancora Schiassi (1925), durante le apiressie del periodo interepidemico, la percentuale del reperto parassitario positivo nel sangue può essere elevatissima, aggirandosi perfino intorno al 90-95 %. Questo complesso di elementi caratterizza quella che si può definire una *latenza relativa* della malaria cioè quella latenza « evolutiva » su cui incidono frequentemente le recidive a breve scadenza e che ordisce la cronicità sempre più grave.

Per queste recidive dunque il ciclo parassitario è continuo più o meno potente e distanziato nei suoi episodi iperattivi, con efficenza recidivale saltuaria a decorso capriccioso, ma giustificabile ancora nell'ambito di una incubazione interrecidivale e anche in base alle leggi che sembrano governare la immunità antimalarica.

Le *recidive a lunga scadenza* (a lunghi intervalli) oggi anche dette « ricorrenze » (James), invece hanno, vuoi nella ipotesi di Ross e di Bignami che in quella di Grassi e di Schaudinn, un altro significato; esse corrispondono nella loro espressione più pura ad un risveglio biologico di parassiti assolutamente quiescenti, mentre il malarico ha decorso in latenza clinica completa tanto da credersi guarito da tempo (mesi-anni).

La patogenesi di queste recidive rappresenta forse ancora oggi la lacuna più misteriosa di tutto il capitolo della malaria. Quale sia la veste parassitaria che permette simili latenze assolute, quale la sua ubicazione di latenza, quale sia l'impulso alla revivescenza non è peraltro ancora dimostrato. Sta di fatto che se pungiamo la milza o il midollo osseo di questi malarici, che per contro ai precedenti definiamo in *latenza assoluta*, da mesi o da anni viventi

in condizioni generali e di sanguificazione ottime, con « asse di milza inerte » (verticalizzato), non riusciamo a trovare con gli esami più precisi elementi figurati riportabili alle forme parassitarie biologicamente note! Ho avuto occasione di dimostrare questo fatto fondamentale nel 1933-34 e di corredarlo col criterio della mancata infettività sperimentale da parte del materiale di splenopuntura ottenuto in tali intervalli di tempo (1).

Abbiamo intraveduto in questi esperimenti (1934) la prima chiara dimostrazione indiretta circa la necessità di indagare a fondo su una eventuale metamorfosi del parassita e di pensare magari ad una speciale sua fase morfologica e situazione di latenza, fatti che oggi hanno avuto rispettivamente il corredo di una eventuale fase filtrabile del parassita (scuola di De Blasi) e quella meglio definita riguardante la sua possibilità di vita in sede reticolo-endoteliale (Raffaele, James, ecc.). Questa, propria per ora della incubazione infettiva, non esclude che possa inserirsi anche nella latenza inter-epidemica, data la negatività delle indagini parassitologiche precedentemente riassunte. A questo punto vien fatto naturale di riallacciarsi ad una delle prime ipotesi emesse da Bignami per spiegare le recidive a lunghissimi intervalli « poichè le spore — i merozoiti, come si chiamano adesso — derivanti dalla moltiplicazione dei parassiti, sono frequentemente incluse dai globuli bianchi e conservano lungamente la capacità a colorarsi, onde un indizio della loro resistenza, si poteva supporre che di queste spore alcune, nate come le altre senza membrana, finiscono per acquistarla; così altre che diverrebbero resistenti perderebbero la proprietà di colorarsi e da esse avrebbero origine le recidive a lunghi intervalli » (da Marchiafava e Bignami).

Ma le esperienze che abbiamo condotte, dimostravano anche che se la puntura splenica si compie in stagione di risveglio preepidemico spontaneo e particolarmente in occasione di quello che abbiamo definito « *turgore splenico prerecidivale* » — che corrisponde al « *turgore preinfettivo* » poi rilevato da Lucherini —, nonostante la ancora persistente negatività dell'indagine parassitaria, il succo splenico può riuscire già infettante in termini di incubazione abituali (1), quasi che trasportassimo quel seme, per ora ancora amorfo, che da una parte darà la recidiva preepidemica, dall'altra si svolgerà in infezione sperimentale. Abbiamo discusso a lungo su questi dati e rimandiamo ogni critica alla pubblicazione che li riguarda; qui non abbiamo che accettarli per addivenire ad ulteriori considerazioni.

Le recidive a lunga e lunghissima scadenza, tra cui tipicamente rientrano le febbri preepidemiche di V. Ascoli, appaiono dunque come una manifestazione biologica a carico di un parassita che aveva deposto ogni prerogativa infettiva, vegetava in letargo opportunamente situato e magari sotto spoglie mentite o meglio non dimostrabili con gli esami più specializzati, essendo per così dire in attesa di un naturale risveglio infettivo che spesso cade appunto in stagione preepidemica.

Presso di noi, riferendoci all'annata, le recidive di terzana benigna « si manifestano a decorso epidemico in primavera » (Marchiafava e Bignami), le prime febbri preepidemiche sono di terzana benigna e si vedono al mese di marzo-aprile o eccezionalmente prima, indi le recidive stagionali a lunga scadenza si confondono con le febbri epidemiche primaverili e poi con quelle che si possono etichettare come febbri preepidemiche di terzana maligna (recidive autunnali o prime recidive di Marchiafava e Bignami), le quali a loro volta vengono ad intrecciarsi con le rispettive febbri epidemiche estivo-autunnali. Per la terzana benigna la influenza stagionale nel determinismo delle recidive è più chiaramente dimostrata perchè esse rappresentano cronologicamente le prime manifestazioni collettive acute dell'annata e dal fatto che « si vedono non raramente casi di T. B. prese nell'estate rimanere latenti tutto l'autunno e l'inverno e manifestare le sue recidive in primavera (Marchiafava e Bignami) ». In che cosa consiste questo risveglio biologico stagionale, quale ne è il determinismo? Prima di cercare di analizzare queste domande esponiamo alcune osservazioni che rappresentano lo scopo della presente nota. In questi ultimi anni sono caduti fra gli altri alla nostra osservazione sette malarici reduci in

(1) Intendo precisare che queste osservazioni non riguardano i malarici cronici subdolamente evolutivi anche se essi non ricordano l'epoca delle manifestazioni acute o se, come è possibile, non le hanno mai avute. Tali ammalati a differenza dei precedenti presentano chiari segni obbiettivi della stabilità o della progressività cronicizzante, con anemizzazione, tumore splenico in « asse di crescenza » (obliquo-mediale), ecc.: per cui rientrano nel gruppo degli evolutivi in latenza più o meno relativa e cioè sono perifericamente o visceralmente parassitiferi, e sperimentalmente spesso infettanti anche se non hanno recidive a breve scadenza vere e proprie.

(1) È noto come « nella infezione sperimentale la durata di incubazione varia secondo la quantità di materiale inoculato » e quindi secondo la carica parassitaria.

tempi diversi dall'A. O. I. e precisamente dal « bassopiano orientale », tutti avevano avuto manifestazioni febbrili « in situ » più o meno chiaramente descritte, ma opportunamente curate, tutti erano ritornati in buone condizioni; due avevano recidivato a breve scadenza durante il viaggio di ritorno, onde si sono curati a lungo dietro preciso consiglio e non hanno fino ad ora avuto ulteriori manifestazioni. Restano cinque soggetti che sentendosi guariti avevano ripreso subito il lavoro, tre dopo avere fatto circa un mese di cure chininiche, due senza essersi ulteriormente curati. Rimpatriati ormai da molti mesi in perfette condizioni subbiettive di salute, — due completamente negativi sotto controllo medico salvo la palpabilità della milza (p) — durante una normale attività lavorativa e senza cause apparenti, tutti recidivarono tra il dicembre e i primi dieci giorni di gennaio con una terzana benigna semplice (due) o inizialmente doppia (tre) rispettivamente dopo 2 anni, 15 mesi, 7 mesi, 7 mesi, 5 mesi dal rimpatrio.

Come si spiegherebbero queste coincidenze di recidività a lunga scadenza che per la terzana benigna non siamo abituati ad osservare, almeno nei nostri climi, nel centro dell'inverno? A determinare il risveglio parassitario stagionale preepidemico possiamo considerare un fattore intrinseco, strettamente biologico del parassita, per cui le sue naturali leggi vitali lo pongono in mobilizzazione infettiva entro determinati limiti ciclici, su cui si svolgono però le influenze stagionali, così come la primavera è l'epoca del germogliamento universale. Questi due fattori uno parassitario e uno ambientale si intrecciano e si influenzano reciprocamente nel determinismo della revivescenza preepidemica, così come ogni « germogliamento » può esser artificialmente anticipato o ritardato.

Orbene le osservazioni che abbiamo riportato ci fanno considerare anche la possibilità che possa intervenire un terzo fattore ad incidere sull'epoca della crisi recidivale. Se consideriamo che nelle regioni africane di provenienza dei malati suddetti il periodo epidemico si svolge durante il quadrimestre dicembre-marzo (Lega, Raffaele, Canalis), che le manifestazioni recidivali a lunga scadenza della T. B., che vi predomina per circa il 25 % dei malarici, vengono naturalmente a inserirsi in tale epoca in cui appunto si sono manifestate le recidive « europee », verremmo a concludere che per atavismo lo stipite parassitario africano, abbia acquisito e mantenga ancora, entro certi limiti, una determinata cronologia recidivale della quale non si può liberare di primo acchito e che permane oltre il cambiamento di residenza come ragione più forte di quelle nuove ambientali di recidività cui viene sottoposto.

Si tratta dunque di recidive con tutti gli attributi di quelle a lunga scadenza, che corrispondono nel significato alle nostre febbri preepidemiche, ma che si determinano dopo una latenza assoluta in pieno inverno — quando non siamo abituati ad osservarle collettivamente nei nostri climi, — per trasporto e mantenimento, almeno in primo tempo, di attributi acquisiti dallo stipite nel clima di origine. Sarebbero *febbri preepidemiche sfasate* per la nuova latitudine, ma ancora coerenti alle leggi biologiche ambientali che per lungo tempo hanno dominato le generazioni parassitarie nella latitudine d'origine.

RIASSUNTO.

La T. B. riconosce per le recidive a lunga scadenza una influenza stagionale che coincide colla stagione epidemica o la precede alquanto (febbri preepidemiche). Perciò è eccezionale che al di fuori di una evolutività progressiva, presso di noi esse si osservino collettivamente al culmine dell'inverno. Questa evenienza essendo occorsa successivamente in un gruppo di reduci dall'A. O. I. che aveva contratto l'infezione nel bassopiano orientale — ove la stagione epidemica in alta percentuale legata a infezione da pl. Vivax si svolge appunto durante il quadrimestre dicembre-marzo, — fa pensare che lo stipite parassitario possa conservare per un tempo indeterminato attributi recidivali stagionali ambientali acquisiti nel clima d'origine, prima che si realizzi il suo nuovo completo assestamento biologico europeo.

BIBLIOGRAFIA

ASCOLI V. *La Malaria.* Pavia, 1915.

GOSIO R. *Lotta antimalarica e bonifica umana nel periodo della crescenza.* Rivista di Scienze applicate all'educazione fisica e giovanile, anno I, n. 4, 1930.

ID.. *Fatti in favore e contro una immunità acquisita nella malaria.* Relazione per la Scuola Sup. di Malariologia, 1932.

ID. *Rilievi sulla splenomegalia malarica in stagione interepidemica.* Boll. e Atti della R. Accademia Med., 1933-XI.

ID. *Prime ricerche sul potere infettante del succo splenico in periodo di latenza malarica.* Boll. e Atti della R. Accad. Med. di Roma, 1934.

ID. *Reperti del materiale di splenopuntura nella malaria cronica.* Atti del XL Congresso della Soc. Ital. di Med. Int., 1934-XII.

ID. *Semeiologia della splenomegalia malarica* (1 vol. in corso di pubblicazione).

LEGA G., RAFFAELE G. e CANALIS A. *Missione dell'Istituto di Malariologia nell'Africa Orientale Italiana.* Rivista di Malariologia, vol. XVI, fascicolo 5, 1937.

LUCHERINI T. *Aumento di volume della milza nel periodo preaccessuale dell'iniezione malarica primitiva inoculata a scopo terapeutico.* Rivista di Malariologia, fasc. 4, 1933.

MARCHIAFAVA e BIGNAMI. *La infezione malarica.* Ed. Vallardi, Milano, 1931.

SUNTI E RASSEGNE

DISENDOCRINOPATIE.

Diabete ipofisario. Azione della febbre.

(HERMANN, ZONDEK e A. KOATZ. *La Presse Médicale*, 14 dicembre 1938).

Gli AA. osservano come i risultati delle ultime ricerche sulla natura del diabete fanno avvicinare sempre più al concetto che si tratti di un disturbo complesso della regolazione interglandolare che si presenterebbe sotto due forme. nervosa e glandolare.

Fra i fattori della regolazione ormonale sembrano avere grande importanza, oltre alle isole pancreatiche, il lobo anteriore dell'ipofisi e le capsule surrenali.

Nel lobo anteriore dell'ipofisi è stato trovato un certo numero di sostanze che agiscono sul metabolismo degli idrati di carbonio e Houssay, in seguito a ricerche sperimentali ha potuto stabilire: 1) l'aumento della sensibilità all'insulina nei cani e nei rospi dopo ipofisectomia; 2) il miglioramento del diabete sperimentale nel cane in seguito all'asportazione dell'ipofisi.

Così, secondo Houssay, Biasotti e Rietti ed altri, si può provocare diabete non solo con l'asportazione del pancreas ma anche con iniezione di estratti alcalini o acidi del lobo anteriore dell'ipofisi.

In patologia umana si sono osservati diversi casi di diabete ipofisario; esso presenterebbe le seguenti particolarità: resistenza all'insulina, glicosuria relativamente indipendente dalla composizione degli alimenti, evoluzione benigna, acidosi rara, presenza di altri sintomi indicanti una lesione ipofisaria (acromegalia, gigantismo, nanismo, ecc.).

Gli AA. descrivono due casi di diabete ipofisario.

Nel 1° caso si tratta di una donna di 32 anni che presentava obesità endocrina, depressione psichica, aumento costante del peso malgrado la glicosuria pronunciata. Durante la degenza la malata viene colpita da angina con febbre elevata: durante l'acme della febbre, la curva glicemica comincia a decrescere fino a tornare normale dopo tre settimane dall'inizio dell'infezione.

Nel secondo caso si trova in un uomo di 30 anni: tumore ipofisario con sintomi di dissociazione ipofisaria (nanismo, acromegalia, ipergenitalismo, osteoporosi, ritardo nell'ossidificazione della cartilagine d'accrescimento, fenomeni d'ipertiroidismo con infantilismo psichico e fisico); diabete latente. Dopo l'esperienza fatta nel 1° caso, gli AA. iniettano al paziente, per via endovenosa, un vaccino antitifico che provoca febbre a 38°,9.

In seguito alla febbre il diabete diminuisce e scompare gradualmente dopo tre settimane dall'inoculazione del vaccino.

In tutti e due i casi si trattava di diabete ipofisario; l'azione della febbre sulla normalizzazione della glicemia parla in favore di un disturbo del metabolismo degli idrocarbonati.

Bisogna quindi ammettere che la febbre in questi casi abbia il potere di inibire un principio diabetogeno.

Gli AA. concludono domandandosi se la febbre, che ordinariamente produce un aggravamento del diabete pancreatico, non possa essere considerata come un mezzo di discriminazione fra diabete pancreatico e certi casi di diabete ipofisario. S. F.

Ipoglicemia cronica. Un problema del metabolismo dei carboidrati.

(S. DORST. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, novembre 1938)

Poco dopo la guerra mondiale vennero dalla Germania delle comunicazioni che mettevano in evidenza reazioni favorevoli di malati denutriti all'uso continuato di piccole dosi di insulina. Molti denutriti per effetto del blocco durante la guerra non riuscirono ad alimentarsi quando si cominciarono ad avere alimenti sufficienti e precisamente non riuscivano nè a mangiare abbastanza nè ad aumentare di peso. L'insulina in questi casi dava appetito, aumento di peso e di tono generale.

D'allora in America si cominciarono a curare i denutriti con l'insulina e questa cura fu accolta con entusiasmo. Quest'entusiasmo poi si placò perchè solo alcuni denutriti avevano beneficio da questa cura.

Allora si cominciò a studiare il metabolismo degli idrocarbonati nei denutriti.

L'A. ha potuto così distinguere due gruppi di denutriti: un gruppo con curva glicemica normale e un gruppo in cui la glicemia a digiuno è normale e rimane bassa per 3 h. circa dopo la somministrazione di 100 gr. di glucosio per bocca.

Queste curve appiattite erano già state descritte nei malati di ipotiroidismo e in alcune alterazioni ipofisarie.

Per questi malati l'A. adopera l'espressione « ipoglicemia cronica »; però essi vanno separati dai malati con iperinsulinismo, nei quali si ha un rapidissimo rialzo della curva glice-

mica nei primi 30-45' dopo l'ingestione di glucosio con successivo abbassamento del tasso glicemico molto al disotto del normale.

L'A. cominciò a trattare con insulina i denutriti con curva glicemica normale, ma non ne ebbe benefici. Invece ottenne miglioramento notevole curando con insulina i denutriti con curva glicemica piatta.

Il primo sintoma che migliora è l'anoressia, poi diminuiscono il nervosismo, l'irritabilità e l'astenia. Col miglioramento coincide un ritorno al normale della curva glicemica. Sospendendo la cura dopo 2-3 mesi, si ritorna di nuovo alle condizioni precedenti; invece il miglioramento persisteva colla cura prolungata per 6 mesi o più.

Avendo l'A. veduto 68 casi con queste caratteristiche nello spazio di 18 mesi, egli ritiene che gli ipoglicemici siano in numero notevolmente maggiore di quello che si pensa e che l'ipoglicemia sia la causa della mancanza di energia di questi individui.

La sindrome descritta dall'A. si differenzia dall'ipoglicemia dell' iperinsulinismo, perchè in quest'ultima l'ipoglicemia è ciclica ed appare improvvisamente a livello bassissimo e pericoloso.

Inoltre l'iperinsulinismo peggiora colle cure di insulina anche a piccole dosi.

L'A. fa notare che non tutti i suoi malati ebbero giovamento dalla cura; in un piccolo numero non si ebbe nessun beneficio e in qualcuno si ebbe anche un danno.

La spiegazione di questi casi è difficile. Certo ci sono malati ai quali furono dati carboidrati in eccesso senza che questi fossero eliminati pel rene nè raccolti nel sangue. Probabilmente questi idrati di carbonio si raccolgono sotto forma di glicogeno nel fegato e nei muscoli. Il meccanismo col quale si verifica quest'inibizione della mobilitazione del glicogeno è ancora oscuro. L.

Il fattore endocrino nell'asma infantile e giovanile.

(H. HAIBE. *Le Scalpel*, 24 dicembre 1938).

Le ghiandole a secrezione interna hanno spesso soltanto una parte indiretta nello scatenamento della malattia asmatica, perchè agirebbero modificando il terreno costituzionale che diventa propizio al manifestarsi di fenomeni asmatici.

Ci sono però casi in cui le ghiandole endocrine hanno una parte diretta nel fenomeno asmatico. Si descrissero associazioni di asma e m. di Basedow, asma e ipo o ipertiroidismo.

Nei bambini queste forme sono piuttosto rare, raggiungendo l'1 % dei casi.

L'origine endocrina dell'asma si riconosce dai sintomi clinici e dai risultati terapeutici. Nella disamina dei sintomi bisogna però non tener conto del metabolismo basale, a meno che l'esame di questo corrisponda perfettamente cogli altri sintomi clinici di disfunzione tiroidea.

L'asma tiroideo, secondo Leopoldo Levi, si riconosce per i seguenti caratteri: presenza nell'asmatico di iperplasia tiroidea, comparsa durante la crisi di disturbi tiroidei (edema acuto, congestione tiroidea parossistica), coesistenza coll'asma di sindromi parossistiche di instabilità tiroidea (emicrania, urticaria, eczema), comparsa dell'asma per effetto di cause ipertiroidizzanti (incidenti della vita genitale femminile, fatiche, emozioni, variazioni meteoriche).

L'opoterapia dà ottimi risultati.

Più importante della tiroide è la parte che ha l'ovaio nell'asma, raro l'asma ovarico puro, più frequente quello tireovarico. Molte volte l'etiologia ovarica dell'asma è molto complesso per l'ingerenza nei fenomeni ovarici dell'attività ipofisaria.

Più rara dell'asma di origine ovarica è l'asma d'origine testicolare.

Ci sono casi di asma in rapporto con insufficienza paratiroidea, surrenale.

In alcuni casi di asma essenziale puro Wegierko ha avuto guarigione colla shock-terapia mediante insulina; ma questo non è sufficiente a dare al pancreas una parte notevole nella sindrome asmatica, come pure non basta aver avuto risultati terapeutici buoni dalle irradiazioni di ghiandole endocrine per attribuire senz'altro ad esse l'origine dell'asma.

Comunque, dal punto di vista terapeutico lo stato endocrino dell'asmatico ha notevole importanza, specialmente nell'asmatico giovane. L.

Insulino-resistenza e diagnosi di malattia tiroidea.

(W. I. GRIFFITS. *The Quarterly Journ. of Med.*, gennaio 1939).

La diagnosi di tireotossicosi non è difficile clinicamente quando la sintomatologia è completa, ma è invece difficile nelle forme lievi in cui anche ricerche di laboratorio possono essere negative. E queste forme lievi sono molto più frequenti di quello che abitualmente si pensa.

Recentemente Mc Ewan (1938) ha proposto un metodo adatto a riconoscere queste forme latenti di malattia tiroidea. Il metabolismo basale è modificato in molte alterazioni tiroidee; però ce ne sono alcune in cui esso si mantiene normale. Si è ricorsi allora allo studio della velocità di circolazione, alla risposta al Lugol, alla prova di tolleranza alla creatina. Il metodo di Mc Ewan è quello della resistenza all'insulina, che è alterata nelle malattie della tiroide.

L'A. ha studiato con questo metodo 17 casi di gozzo tossico e 18 di gozzo non tossico.

La tecnica da seguire è questa: dopo prelevamento di sangue per determinazione di glicemia si iniettano nelle vene 5 unità di insulina. Immediatamente dopo si dànno per bocca 50 gr. di glucosio in cento d'acqua. Si fa la glicemia su sangue arterioso e venoso prelevati dopo 30 e dopo 60'. La determinazione fu fatta col metodo di Mc Lean.

Nel gozzo tossico si trovò una notevole resistenza all'insulina e la stessa resistenza si trovò nel gozzo non tossico. Che questa resistenza dipenda dalla tiroide è provato dal fatto che essa si modifica dopo estirpazione della tiroide (in tutti i casi meno due, nelle osservazioni dell'A.).

L'uso del Lugol modifica la insulino-resistenza meno della tiroidectomia.

L'insulino-resistenza del distiroideo è in rapporto con un'alterata formazione del glicogeno muscolare (e questo spiega la mioastenia dei tiroidei), a cui si unisce un disturbo del ricambio della creatina.

Che il gozzo tossico non sia una malattia semplice, ma sia associata a una sindrome neuromuscolare combinata all'ipertiroidismo ha sostenuto pochi anni fa il Labbé (1933). Non si può negare una connessione fra l'insulino-resistenza e la miastenia e non si può negare l'esistenza di disturbi tiroidei che non modificano il metabolismo basale, mentre alterano la resistenza all'insulina. L.

Il corionepitelioma del testicolo e la sua azione ormonica morfogenetica.

(C. TANGARI. *Rivista di Chirurgia*, dicembre 1938).

L'A. riferisce un raro caso di corion-epitelioma puro (cioè senza tracce di sviluppo contemporaneo di un teratoma) del testicolo. Ricorda la natura estremamente maligna di tale tumore e la facile produzione di metastasi specialmente nel polmone, ma anche nel fegato, nei reni e, più raramente, in altri organi.

Il corion-epitelioma è proprio dell'età dai 20 ai 40 anni e preferisce i testicoli ectopici: lo studio di tale tumore è divenuto particolarmente interessante in questi ultimi anni, cioè da quando i progressi delle esperienze fatte sull'ormone sessuale femminile e sulla secrezione interna del lobo anteriore dell'ipofisi resero possibile di esaminare biologicamente il carattere ormonale di questo neoplasma. Infatti il corion-epitelioma è una forma neoplastica, alla quale si associa una situazione ormonica del tutto simile a quella riscontrata nella gravidanza, come è dimostrato in modo inequivocabile dalla presenza dei seguenti segni:

1) ginecomastia;
2) ipofisi gravidica;
3) positività delle reazioni biologiche della gravidanza.

Questi due ultimi sono sintomi costanti e accertati in tutti i casi finora studiati, mentre la ginecomastia, intesa nel senso di accrescimento sia del tessuto di sostegno sia di quello ghiandolare con o senza funzione secretoria, è stata osservata soltanto in alcuni casi, nei quali, per lo più, trattavasi di corion-epiteliomi negli stadi tardivi, con estese evoluzioni metastatiche. Dal punto di vista etio-patogenetico tale ginecomastia deve considerarsi di origine ormonale cioè come dovuta alla presenza in circolo di ormoni simili a quelli presenti nella donna durante la gravidanza e derivati dalla attività ormonica morfogenetica del neoplasma costituito da tessuto coriale.

La presenza in circolo dei suddetti ormoni spiega la positività della reazione di Aschheim-Zondeck nei casi di corion-epitelioma del testicolo. Le ricerche di vari autori hanno dimostrato che l'ormone viene prodotto direttamente dal tessuto neoplastico: infatti innestando in topoline immature materiale prelevato dalla massa neoplastica, dal testicolo e dalla ipofisi si constata ormone pre-ipofisario solo nelle topoline innestate con tessuto neoplastico. Ciò dimostra che la sorgente dell'iperproduzione ormonica è il tessuto neoplastico. In conclusione, come ormai è indubbio che, durante la gravidanza, la sorgente dell'iperproduzione ormonica è la placenta così pure non può essere messo in dubbio il fatto che in presenza di un corion-epitelioma la sorgente della iperproduzione è il tessuto coriale. Si sa del resto che il tessuto coriale e la placenta. dal punto di vista istogenetico, si rassomigliano in quanto amebedue sono tessuti trofoblastici; così pure si rassomigliano dal punto di vista biologico perchè in tutti e due è stata accertata la presenza dell'ormone preipofisario. F. TOSTI.

ORGANI RESPIRATORI.

Concezioni attuali del trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare.

(A. MAURER e J. ROLLAND. *Paris Médical*, 7 gennaio 1939).

Gli interventi chirurgici tendono a prendere un posto sempre più importante nel trattamento della tubercolosi polmonare e sono diretti tutti a produrre una collassoterapia in quei casi in cui ciò non può essere attuato mediante il pneumotorace. Tra questi numerosi metodi chirurgici (toracoplastica, frenicectomia, scalenotomia, apicolisi con piombaggio, resezione isolata della prima costa, alcoolizzazione dei nervi intercostali, pneumotorace chirurgico extrapleurico) il primo posto è tenuto dalla toracoplastica.

Quando un pneumotorace riesce a scollare soltanto parzialmente la pleura ed una pleuroscopia rivela una aderenza, che non può es-

sere sezionata con l'operazione di Jacobaeus e simili, si può tentare di migliorare questo pneumotorace in diversi modi:

1) Se si tratta di un pneumotorace incordato (con aderenze al diaframma e all'apice del polmone) si può praticare una *frenicectomia di associazione*.

2) In caso di caverne sopra-retro-ilari che il pneumotorace non riesce a schiacciare si può attuare una *frenicectomia di sostituzione*.

3) In caso di aderenze circoscritte che rendono inefficace il pneumotorace si possono fare resezioni costali limitate riguardo all'aderenza con conservazione e mantenimento del pneumo reso così efficace.

4) Si può fare una toracoplastica di sostituzione (se il polmone è leso soltanto in alto) o una toracoplastica di associazione (se è lesa la base del polmone che deve quindi venire compressa col pneumotorace).

5) Quando le condizioni generali del malato non permettono di attuare la toracoplastica si può tentare un pneumotorace extra-pleurico chirurgico di associazione o di sostituzione.

L'A. infine si dilunga nell'illustrare la toracoplastica, i vantaggi che da essa derivano ed i vari metodi con cui può essere praticata.

F. TOSTI.

Le prove emo-sierologiche per la diagnosi e la prognosi della tubercolosi polmonare.

(P. COURMONT. *Paris Médical*, 7 gennaio 1939).

L' A. rileva che, a torto, viene ancora data scarsa importanza alla sierologia nello studio della tubercolosi: le reazioni sierologiche sono invece di grande importanza per la diagnosi e per la prognosi di questa malattia.

Soltanto però non bisogna servirsi di tali reazioni prese isolatamente e una volta tanto: occorre provarle tutte insieme e ripeterle più volte in modo da fare una curva sierologica. Solo così si hanno risultati veramente utili ed interessanti, come lo dimostra la pratica acquisita dall'Autore.

Le reazioni sierologiche per la tubercolosi possono distinguersi in reazioni sierologiche specifiche e reazioni emosierologiche non specifiche.

A) REAZIONI SIEROLOGICHE SPECIFICHE:

1) *Sieroagglutinazione o ricerca del potere agglutinante*: consiste nel ricercare l'agglutinazione delle culture omogenee della tubercolosi in presenza del siero del malato. Il potere agglutinante esiste in tutti i tubercolosi con valore diverso: può mancare nelle forme gravi e nel periodo terminale della tisi, mentre aumenta nelle forme evolutive leggere e persiste per un certo tempo a valori più o meno alti dopo guarigione o nelle forme latenti. La sieroagglutinazione ha un valore massimo nel bambino; nell'adulto invece, essendo positiva anche nelle forme latenti e negli esiti di forme guarite, ha importanza solo se ha valori alti e soprattutto è importante quando è assente (in malattie di media gravità) perchè esclude l'origine tubercolare.

Molto importante per la prognosi è il comportamento della curva della sieroagglutinazione: assente e in diminuzione quando l'evoluzione della tubercolosi è grave, il potere agglutinante diventa maggiore quando la malattia tenda costantemente verso la guarigione.

2) *Deviazione del complemento*: si pratica con l'antigene di Besredka ed ha un valore soprattutto diagnostico: può però essere prodotta anche da altre malattie (malaria, sifilide).

3) *Potere battericida del siero*: consiste nel seminare culture omogenee di b. di Koch a dose uniforme nel siero dei tubercolosi diluito a valori diversi di diluizione. Il siero degli adulti normali è leggermente battericida; quello dei tubercolosi lo è di più nelle forme medie e di grande resistenza, di meno quando l'evoluzione è sfavorevole.

4) *Potere battericida delle urine*: la tecnica è la stessa della reazione precedente, facendo però uso, anzichè di siero, di urine fresche, filtrate, sterili.

Il valore del potere battericida delle urine è soprattutto diagnostico, poichè si riscontra solo nella tubercolosi: una causa di errore può essere l'auroterapia che dà alle urine un potere battericida artificiale aumentato.

B) REAZIONI EMOSIEROLOGICHE NON SPECIFICHE:

1) *Flocculazione di Vernes* (col flocculometro di Vernes): non ha valore diagnostico assoluto perchè si riscontra in altre malattie; maggiore è il suo valore prognostico in quanto è più elevata nelle forme gravi e nelle riacutizzazioni della tubercolosi.

2) *Sedimentazione delle emazie*: ha valore soprattutto prognostico. Una velocità normale di questa sedimentazione indica o l'assenza o la benignità della tubercolosi al momento dell'esame: una velocità più aumentata indica una maggiore gravità dell'infezione.

Come abbiamo già detto mentre ognuna di queste reazioni, presa isolatamente, non ha valore assoluto, invece il paragone tra queste varie reazioni ci fornisce dati della massima importanza. Così per esempio se tutte e sei le suddette reazioni sono positive abbiamo la certezza che la tubercolosi esiste e che è attiva: se invece le reazioni sono tutte negative abbiamo un prezioso appoggio per stabilire la natura non tubercolare di molte infezioni sospette. Di più difficile interpretazione sono invece i risultati divergenti delle diverse reazioni. Ad ogni modo possiamo tener presente che la positività della deviazione del comple-

mento, della flocculazione e della velocità di sedimentazione mentre le altre sono negative indica una infezione grave o almeno francamente evolutiva; lo stesso se è positivo anche il potere battericida del siero e delle urine. Se la deviazione del complemento è negativa, mentre il potere agglutinante e il potere battericida del siero sono positivi, vi è probabilità che la tubercolosi è benigna, localizzata e di prognosi buona.

Le reazioni sierologiche suddette devono essere ripetute frequentemente (per es. tutti i mesi) in modo che dal comportamento delle curve di esse si possano trarre conclusioni interessanti intorno all'evoluzione della malattia e quindi intorno alla terapia da attuare.

F. TOSTI.

Il pneumotorace spontaneo recidivante.

(A. BERNARD, P. BERNET. *Journal des sciences médicales de Lille*, luglio 1938).

Partendo da tre proprie osservazioni cliniche, gli AA. tracciano un quadro dell'affezione.

Frequenza: varia secondo i diversi AA.: Nikolsky dà il 10 %, Kjacigard il 30 %, Mauriac una proporzione maggiore.

Cause: numerose. L'enfisema: da notare che l'enfisema è una malattia dei vecchi, lo pneumotorace spontaneo, una malattia dei giovani; le aderenze pleuriche: portando a formazione di bolle di enfisema fragili, in occasione di uno sforzo respiratorio la loro lacerazione sarebbe facile; lo sforzo, il sopralavoro: si ritrovano spesso, ma non sempre. È certo che in occasione di un movimento brusco, di uno sforzo un po' vivo, si può vedere una perforazione polmonare, però bisogna ammettere un terreno predisposto, evidenziato da alterazioni pleuriche: ad es.: non si conoscono pneumi spontanei in donne partorienti, eppure il parto importa un ben cospicuo sforzo; malformazioni polmonari congenite: fatto controllato anatomopatologicamente; tubercolosi: la teoria classica dell'origine tubercolare è oramai da respingere.

Sintomi: funzionali, il più costante è il dolore, più o meno forte; dispnea in genere accentuata ed impressionante, spesso palpitazioni. Sintomatologia fisica spesso frustra, talora reperto occasionale radiologico; talora all'opposto sintomatologia classica (« pneumotorace a grande orchestra »).

Evoluzione: benigna. Se si produce un versamento, in genere è tardivo e resta minimo; localizzato al seno costo-diaframmatico si riassorbe rapidamente. Le recidive sono variabili ed inaspettate; il versamento gassoso si forma in genere nella stessa pleura ove si istalla il primo pneumo. Le forme alternanti sono più rare. Il numero delle recidive varia molto e la possibilità di recidive numerose non cambia abitualmente la benignità generale del prognostico. Palmer cita un malato che in 8 anni, ebbe 18 recidive.

L'intervallo che separa l'una recidiva dall'altra è anche soggetto a variazioni: nella maggioranza dei casi la recidiva si produce da sei mesi ad un anno dalla prima comparsa. Questo intervallo presenta una certa regolarità nello stesso malato il cui numero delle recidive è elevato. Nelle recidive i segni funzionali diminuiscono di intensità, i fisici possono seguire un andamento inverso, ad eccezione dei casi in cui i segni fisici sono netti fin dal primo momento. La maggior parte degli pneumo spontanei sono pneumi a collasso completo. Ad un certo momento poi il pneumo cessa, tutto rientra in ordine, il soggetto ridiviene normale, nè noi sappiamo il perchè. Lo sviluppo a distanza di anni di una tubercolosi polmonare è una eventualità rara.

Cura: nella maggioranza dei casi lo pneumo spontaneo evolve verso la guarigione senza alcun intervento: perciò basterà il riposo in letto. La puntura sarà raramente utile; non perdere di vista lo stato generale, seguire con radiografie il riassorbimento e lo stato del polmone sottostante.

MONTELEONE.

DIVAGAZIONI

Il meticciato.

Tutti i popoli colonizzatori hanno dovuto affrontare il problema del meticciato e l'hanno risolto, come osserva V. Zincone (*Rassegna Sociale dell'Africa Italiana*, dicembre 1938) con le medesime direttive.

La questione è stata sopra tutto assillante ed è stata affrontata con energia specie quando i bianchi hanno invaso in grandi masse territori abitati da indigeni o da altri immigrati di diversa razza.

Gli Stati del Sud della Confederazione Nordamericana avevano emanate leggi che vietavano il matrimonio tra individui di razza diversa. Tali leggi furono abrogate a seguito di disposizioni del potere centrale, ma in pratica si continuò ad osservarle in modo da rendere impssibile unioni del genere. Non altrimenti si comportarono gli anglo-sassoni che colonizzarono il Sud-Africa: il negro che si congiunge con una bianca è punito con la morte ed i bianchi che hanno relazioni con donne negre sono perseguiti con gravi sanzioni.

A parte ciò in tutti i paesi occupati dagli anglo-sassoni il meticcio è senz'altro classificato tra gli uomini di colore.

I francesi e i portoghesi fanno al meticcio un trattamento meno severo. I primi, con la legge del 13 novembre 1912 sancirono il principio che il meticcio nato dall'unione di un francese con un'indigena è considerato presunto di razza francese, e come tale può essere riconosciuto dalle competenti autorità.

L'Italia seguì questo indirizzo, e con la legge organica dell'Eritrea e della Somalia del 6 giugno 1933 ammetteva che alla maggiore età potesse essere concessa la cittadinanza italiana ai meticci che, per caratteri somatici o per altri elementi, si potessero presumere procreati da padre di razza bianca. Questa larghezza era temperata solo da criteri individuali: la cittadinanza italiana veniva negata ai meticci che per educazione, cultura e tenore di vita non se ne mostrassero degni.

La conquista dell'Impero con la conseguente prospettiva di una colonizzazione di massa ha consigliato a modificare radicalmente queste norme.

La legge organica dell'Impero sancisce la perdita della cittadinanza italiana ed il conferimento di quella indigena alla donna che abbia sposato un indigeno, ed esclude dal diritto alla cittadinanza italiana i figli da madre indigena e di padre ignoto. Queste disposizioni sono state successivamente rinforzate dal R. D. L. 19 aprile 1937 che punisce con la reclusione da uno a cinque anni il cittadino italiano che, nel territorio del Regno o delle Colonie, tiene relazione d'indole coniugale con persona suddita dell'Africa Orientale Italiana o straniera appartenente a popolazione che abbia tradizioni, costumi e concetti giuridici e sociali analoghi a quelli dei sudditi dell'A. O. I.

Tale legislazione trova piena giustificazione in considerazioni scientifiche e nell'esperienza fatta da altri popoli colonizzatori.

La presunzione che il meticcio potesse costituire un tramite fra due razze coabitanti si è dimostrata fallace alla prova dei fatti. Il meticcio costituisce per l'opera di colonizzazione un ingombro inutile o dannoso.

Simoncelli osserva che il meticcio, non di rado, è inferiore ad ambo le razze da cui proviene. Dalla razza indigena, di per sè inferiore, eredita la forza bruta, gli istinti crudeli, l'astuzia, e dall'altro ceppo una certa intelligenza che gli rendono più agevole di dare sfogo alle sue tendenze bestiali e di eludere o infrangere i legami impostigli dalla civiltà. Diventa così peggiore del selvaggio puro. D'altra parte questo stato viene irretito dalla comune credenza che il meticcio è un irregolare antropologicamente e legalmente e dall'avversione che egli suscita sia nei bianchi che nei nativi.

È perciò che anche nei paesi dove le disposizioni legislative ed i costumi tradizionali non creano un ambiente del tutto contrario all'unione di stirpi diverse la vita del meticcio non è facile.

Nell'Indocina francese la religione locale e le consuetudini consentono le relazioni irregolari, che vengono considerate come una specie di matrimonio di secondo grado che le indigene possono contrarre con i bianchi, anche se questi sono regolarmente coniugati nel loro paese. Il figlio nato da queste unioni è per gli indigeni un figlio legittimo. Ma la vita di questi meticci è sempre difficile specie quando il francese abbandona l'Indocina. In tal caso la donna è disprezzata e ritenuta responsabile dell'abbandono da parte del marito, ed i figli sono costretti a vivere al bando della società francese e di quell'indigena.

Nelle altre colonie francesi la situazione non è diversa. I meticci sono tenuti lontano dai bianchi che vedono in essi accentuati i difetti delle due razze, e di ciò soffrono molto in quanto tendono ad avvicinarsi ai bianchi e a straniarsi dall'elemento indigeno, che disprezzano e dal quale sono di solito esecrati come esseri disonorevoli. Si sviluppa in essi un complesso psicologico fatto di pregiudizi, di vanità e di diffidenza che li isola da ambedue le razze.

Non meno significativo è l'esperimento d'incrocio fra bianchi e neri fatto nel Nord-America, dove i colonizzatori, dopo avere distrutta la razza autoctona, importarono gran numero di negri di cui avevano bisogno come mano d'opera schiava. Durante la guerra di successione gli abolizionisti avevano spinto il loro zelo fino a propugnare l'incremento delle unioni tra bianchi e negri.

Ma la cattiva qualità dei meticci e la ripugnanza sempre crescente da parte dei bianchi a mescolarsi con i negri accentuarono sempre più la separazione delle razze. Del resto la politica razziale degli amerciani si esasperò fino al punto da istituire discriminazioni, in fatto d'immigrazioni, perfino tra i popoli europei.

La riluttanza istintiva delle razze bianche a confondersi con quelle di civiltà inferiore e la convenienza dal punto di vista politico e sociale di mantenere una netta separazione tra le razze stesse, trovano una corrispondenza in presupposti teorici. Sembra provato che il meticcio riceva i caratteri trasmissibili per via biologica più dalla madre che dal padre. Il meticcio è sempre un essere inferiore, non raggiunge mai il livello intellettuale e morale della razza alla quale appartiene il genitore, è incapace di un lavoro utile o che comunque abbia l'impronta dell'iniziativa, è soggetto a varie forme degenerative.

La storia coloniale mette in evidenza la rapida estinzione delle razze aborigene appena messe in contatto con la civiltà bianca. Questo fenomeno, secondo Savorgnan, è determinato dal concorso di due fattori: la miseria e la precarietà delle condizioni di vita dei popoli selvaggi, e l'intervento di una razza superiore, che provoca la dissoluzione di tutte le istituzioni che ne reggono la vita. Il contatto di una razza superiore non fa che acuire i mali di cui quelle popolazioni già soffrivano, accelerando la distruzione di organismi demografici stazionari, nei quali l'equilibrio tra popolazione e sussistenza era penosamente mantenuto, e

accentuando quei processi degenerativi che spesso erano già in corso.

Il selvaggio più che un primitivo perfettibile nella enorme maggioranza dei casi è il figlio di una razza arrestatasi nel processo evolutivo, incapace di evolversi o, peggio, sulla via della regressione. Nella mescolanza con altre razze è incapace di un apporto utile, i suoi prodotti genetici anche se sono l'effetto della fecondazione da parte di elementi nettamente superiori contengono i caratteri di bassezza intellettuale e morale e d'incapacità evolutiva.

La produzione di meticci, pertanto, oltre che un cattivo affare, è anche un'azione immorale. *argo.*

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

MARGARIA R. *Principi di chimica e fisico-chimica fisiologica.* II edizione. Hoepli, Milano, 1938. L. 60.

Alla distanza di soli due anni dalla presentazione al pubblico degli studiosi italiani, compare ora la seconda edizione del trattato di chimica e fisico-chimica fisiologica di Margaria, nella veste nitida e semplice dell'editore Hoepli.

Il libro, che già al suo primo apparire aveva incontrato il pieno favore dei competenti e dei giovani iniziandi, appare oggi, senza aver perduto le sue caratteristiche fondamentali di semplicità e di concisione, arricchito nella sua compagine ed integrato di alcuni capitoli su argomenti di grande attualità ed ancor oggi in pieno sviluppo, quali le vitamine e gli ormoni, la loro identificazione chimica ed azione fisiologica.

Peraltro il piano fondamentale dell'opera ed i criteri che hanno guidato l'A. nella concezione di essa sono rimasti inalterati, e l'esposizione singolarmente rapida e chiara, senza inutili lussi di citazioni, ha come dote principale, di essere imperniata sulla definizione precisa e sull'approfondimento, di essere imperniata sulla definizione precisa e sull'approfondimento dei singoli fenomeni, al lume delle più moderne nozioni della chimica e della chimicofisica.

Così nella prima parte del libro vengono modernamente chiariti i concetti di pressione osmotica e di pH, ed esaurienti si possono considerare i capitoli dedicati ai colloidi, agli enzimi ed ai processi di ossido-riduzione.

La seconda parte del libro, che riguarda le proprietà chimiche e chimico-fisiche dei lipidi, glucidi e protidi e delle sostanze inorganiche e le modalità del loro metabolismo intermedio non si allontana che di poco dalla esposizione della prima edizione, la quale vantava già dei pregi di completezza e di chiarezza eccellenti. Essa si è arricchita di un nuovo capitolo sulle vitamine e l'argomento, tanto progredito negli ultimi anni, viene svolto in modo veramente completo ed esauriente, tenendo conto specialmente che si tratta di un campo di ricerche ancora in piena evoluzione.

Lo stesso dicasi del capitolo sugli ormoni, con cui si apre la terza parte del libro, nella quale si trova, fra l'altro, la sintesi eccellente di due argomenti cari all'A. i cui numerosi contributi chiarificatori sono largamente conosciuti in questo campo.

La prima riguarda le funzioni respiratoria, nutritizia e regolatrice del sangue; la seconda la chimica della contrazione muscolare, problema questo che tanti ricercatori ha appassionato e che qui viene esposto con la magistrale chiarezza che può provenire soltanto da una revisione completa critica e sperimentale della enorme quantità di ricerche, e di ipotesi di lavoro che spesso complicano, più che chiarire questo importante capitolo della fisiologia.

Chiude l'opera una breve, completa trattazione del metabolismo energetico e dell'alimentazione dell'uomo.

Il libro rispecchia in ogni parte la sicura e profonda competenza dell'A., sicchè può costituire una utile opera di consultazione per il competente ed un prezioso manuale per il giovane che inizia la sua preparazione nelle scienze biologiche. I. SCIMONE

Vitamine und Hormone und ihre technische Darstellung. Ier Teil: *Ergebnisse der Vitamine, und Hormonforschung,* di HELLEMUT BREDERECK e R. MITTAG. Editore S. Hirzel, Lipsia, 1938, pagg. 138, RM. 7.

Questo piccolo libro contiene un chiaro riassunto dello stato attuale delle conoscenze sull'attività biologica e la struttura degli ormoni e delle vitamine. Costituisce la messa a punto del problema, quale prefazione alle altre parti dell'opera, in cui è trattato della preparazione tecnica degli ormoni e delle vitamine.

Se dei ratti vengono tenuti ad un vitto completo di grassi, idrati di carbonio, proteine e vitamine note, ammalano in 1-2 mesi di una malattia cutanea caratteristica, diversa dalla pellagra e che corrisponde sufficientemente alla seborrea umana. Bastano 0,2 gamma al giorno di una soluzione concentrata di *vitamina H*, perchè la avitaminosi e la seborrea guariscano in due-tre settimane.

Ecco dunque prospettata l'esistenza di una nuova vitamina che potrà avere vaste applicazioni terapeutiche, sopratutto se si considera che la seborrea è una delle cause più comuni della calvizie.

Nella broncopolmonite delle cavie il succo di limone esercita una buona azione curativa

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

e profilattica, che l'ac. ascorbico non possiede: esiste dunque una nuova vitamina (*detta vit. J o vit. C_2*), che a differenza della vitamina antiscorbutica, non è contenuta nel peperone, ma nell'uva ribes e nelle bacche di sambuco.

Nel succo di limone e nel peperone è contenuta una sostanza capace di diminuire la permeabilità dei capillari alle proteine: questa sostanza è attiva solo in presenza dell'acido ascorbico, è simile alla esperitina e all'eriodictiolo ed è detta *vitamina P*.

Anche nella parte dedicata agli ormoni, si leggono moltissime cose nuove, chiaramente e rapidamente esposte.

Uno de capitoli più interessanti è quello degli ormoni dei vegetali. Se si decapita un germoglio, l'accrescimento si arresta. Ma ricomincia se si rimette sull'estremità del germoglio la punta che ne fu staccata. Questa contiene dunque una sostanza capace di influire sull'accrescimento: fu chiamata « *auxina* » e ne è nota la formula.

Si chiama « unità avena » la quantità di auxine che posta vicino ad un germoglio, lo fa incurvare di 10°.

L'auxina è anche molto importante per la formazione delle radici e per i fenomeni del foto- e geotropismo delle piante.

Crediamo di essere obbiettivi presentando ai lettori questo piccolo libro, come il più moderno, chiaro e completo compendio delle moderne conquiste della ormono- e vitaminologia.

M. Coppo.

L'intradermoreazione per la diagnosi biologica dell'echinococco umano (reazione del Casoni). Tip. Fratelli Lega, Faenza, 1938.

In questa monografia è riportato il resoconto della riunione tenuta in Imola per commemorare il Casoni ed illustrarne l'opera scientifica.

In detta seduta, premesso il ricordo del commemorato, fatto dal prof. Giugni e dal prof. Azzi, furono svolte alcune originali comunicazioni, che in questo opuscolo vengono raccolte, attinenti alla « reazione del Casoni ». Tra le comunicazioni vanno ricordate: quella di Molinari Tosatti « sull'evoluzione dei criteri interpretativi e della tecnica della reazione del C. »; del D'Agostino sulla « intradermoreazione del C. e sua importanza clinica »; del Tescola « sull'iconografia radiologica delle cisti da echinococco »; del Pasini « sulla mancanza dell'intradermoreazione del C. nell'evoluzione iniziale di una cisti da echinococco », ecc.

La riunione, alla quale aderirono personalità ed i maggiori Clinici d'Italia, mostrò quanto vivo ancora è il ricordo e l'apprezzamento del medico per l'opera dello scienziato immaturamente scomparso.

Monteleone.

F. v. Gröer. *Die Methodik und Technik der messenden Bestimmung und Verfolgung der Reaktionslage des Organismus (Pathergometria einschliesslich Allergometrie) mittels Hautreaktionen.* Un vol. dell'Handbuch der biolog. Arbeitsmethoden. In-8° di 196 pagg. con 89 figure. Urban e Schwarzenberg ed. Berlin e Wien, 1938. Prezzo RM. 15.

S'intende col nome di patergia il processo della risposta reattiva ad uno stimolo; il suo meccanismo va riferito al fatto che la sostanza vivente si trova in uno stato di equilibrio labile, per cui un dato stimolo provoca nel suo sistema certi fenomeni che noi comprendiamo col nome di reazioni. Il complesso di queste viene a sua volta determinato dai due parametri della lesione primaria (suscettibilità) e della capacità di risposta (reattività) dell'individuo (concetti già esposti dal nostro Zironi) e la risultante può esprimersi graficamente col sistema delle coordinate. Si arriva così al concetto di patergometria, cioè allo studio quantitativo dei rapporti fra l'intensità dello stimolo e quella della reazione. L'A. stesso ne ha fatto un'applicazione importante con l'allergometria della tubercolosi, determinando cioè l'intensità della reazione alle varie dosi di tubercolina.

Tale è la materia che l'A. tratta in questa dotta monografia, descrivendo i metodi che si usano per le determinazioni e gli sviluppi che derivano dalle varie osservazioni. È probabile che il metodo assuma nel futuro un significato pratico per la diagnosi e la prognosi, non soltanto nel campo della tubercolosi e della sifilide, ma anche per le malattie infettive acute e che esso possa ampliare il suo campo di applicazione anche alle prove di capacità funzionale di organi ed apparati.

fil.

Ufficio stampa medica italiana: *Medici italiani Poeti, Scrittori, Artisti.* Con elenchi dei gruppi dell'« Associazione Medici Italiani Artisti ». Prefazione del prof. P. Piccinini.

Questa pubblicazione interessa personalmente 560 medici di ogni parte d'Italia; ma può interessare indubbiamente anche tutti i medici italiani perchè ciascuno di essi può prendere parte alla attività della A. M. I. A. o del « Convivio letterario » e per il fatto che le linee programmatiche, esposte nel volumetto, non comprendono soltanto gli obbiettivi propri dell'arte, ma assurgono a quelli, che ciascun medico italiano ha nel cuore, della Patria.

Edito elegantemente questo volumetto è stato tenuto ad un prezzo modesto (L. 5) destinato per intero all'O. N. per gli orfani dei sanitari italiani (con sede in Perugia) e può servire molto bene a dimostrare quanti vasti orizzonti abbraccino i Medici italiani nel campo della Letteratura e dell'Arte, coltivate a scopo di svago e di sempre maggiore elevazione spirituale.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Anemia emolitica con emoglobinuria ed emosiderinuria tipo Marchiafava-Micheli.

A. Sega (*Archivio di patologia e clinica medica*, dicembre 1938) descrive un caso di anemia emolitica con emosiderinuria tipo Marchiafava-Micheli che è il trentaduesimo della letteratura mondiale. Oltre che per la sua rarità, il caso è degno di rilievo anche per i tre seguenti particolari aspetti sintomatologici:

1) Comparsa tardiva della emosiderinuria: nove mesi dopo lo stabilirsi della emoglobinuria la quale nei casi descritti di solito è contemporanea alla prima.

2) La particolare e ripetuta influenza scatenante della crisi emoglobinurica spettante al ferro somministrato per os in dosi terapeutiche modeste.

3) La presenza di una coproporfinuria notevolmente superiore alla norma contemporanea alla emoglobinuria in periodo di assenza di emosiderinuria.

Il quadro clinico della malattia di Marchiafava e Micheli è costituito da una anemia a tipo emolitico congiunta ad emoglobinuria ed emosiderinuria. Micheli e Rosenthal ritengono tuttavia che il sintomo emosiderinuria non rappresenti un elemento essenziale della malattia, sicchè può anche mancare.

Riguardo alla patogenesi di tale malattia l'A., dopo aver esposto le ipotesi avanzate dai diversi ricercatori, conclude ammettendo, come elemento essenziale della sindrome, una profonda alterazione del ricambio emoglobinico, che si traduce in una esagerata emoglobinemia e conseguente emoglobinuria, emosiderinuria accompagnata ad iperbilirubinemia, urobilinuria ed anche, come nel caso di osservazione dell'A., da una aumentata eliminazione della coproporfirina urinaria. In ciascuno di questi prodotti è possibile riconoscere l'origine emoglobinica.

Con tale concezione, strettamente unitaria, l'A. riconduce i molteplici aspetti sintomatologici della malattia di Marchiafava-Micheli ad un'unica causa e cioè ad una *profonda alterazione del ricambio emoglobinico.*

F. TOSTI.

La patogenesi della anemia ipocromica essenziale.

W. Thiele (*Klinische Wochenscr.*, 24 dicembre 1938) dice che l'anemia ipocromica essenziale è un tipo di anemia ipocromica che colpisce prevalentemente donne tra i 20-40 anni; si accompagna spesso ad acloridria o achilia, talvolta anche ad atrofie della mucosa faringea ed esofagea, e spesso provoca anche disturbi trofici delle unghie e parestesie. Come nella genesi delle anemie post-operative anche nell'anemia ipocromica essenziale il passaggio del contenuto attraverso il canale gastrointesionale è di regola fortemente accelerato: lo svuotamento dello stomaco e del tenue superiore si compie precipitosamente, tanto che già dopo un'ora dall'ingestione il contenuto ha passato il digiuno e si trova nell'ileo. Questo accelerato passaggio attraverso lo stomaco e il digiuno non è dovuto soltanto alla deficienza della secrezione acida: nell'anemia ipocromica essenziale si constata infatti un passaggio precipitoso anche quando la secrezione acida dello stomaco è normale. Il passaggio accelerato può portare con sè disturbi nell'assorbimento del ferro ingerito con gli alimenti; infatti l'assorbimento del ferro si compie principalmente nel duodeno, soltanto se il ferro viene somministrato in grande quantità l'assorbimento può avvenire in tutto il tenue. Il deficiente assorbimento di ferro non basta per se stesso a determinare un'anemia, l'organismo può attingere il ferro alle riserve accumulate in alcuni organi. L'anemia ipocromica essenziale si determina se queste riserve sono costituzionalmente scarse (perchè soffrivano di anemia o di achilia anche gli ascendenti, ciò che in molti casi si può constatare sopratutto per il sesso femminile) oppure se esse vengono esaurite da ripetute emorragie (mestruazioni) e da gravidanze.

P.

Sindrome di diatesi emorragica del gruppo Werlhof con atipico reperto ematologico.

E. Marzollo (*Haematologica*, fasc. X, 1938) a proposito di un caso di diatesi emorragica del gruppo Werlhof con un'atipia nel reperto ematico costituito da un ritardo nella coagulazione similmente a quanto avviene nell'emofilia, discute la possibilità dell'esistenza di forme intermedie fra emofilia e diatesi emorragiche, possibilità ammessa da alcuni autori.

L'A. però, basandosi essenzialmente sul fatto che il ritardo del tempo di coagulazione può essere dovuto a numerosi stati patologici che nulla hanno in comune con l'emofilia mediante meccanismi diversi, conclude affermando che tale ritardo non rappresenta una componente emofiliaca nè un sintomo così caratteristico da far senz'altro ammettere delle forme di passaggio o forme intermediarie fra emofilia e porpore emorragiche. Cosicchè non si può ammettere, come taluni vogliono, un gruppo di sindromi emofilo-emogeniche che comprende i così detti casi di passaggio fra emofilia e porpora trombopenica, e si può perciò affermare che i casi compresi in questo gruppo siano in parte da ritenersi appartenenti all'emofilia ed in parte alle sindromi di diatesi emorragiche, considerate come espressione di vari stati patologici.

F. TOSTI.

Un caso di porfiria acuta sviluppatasi durante l'ospedalizzazione.

Il caso è descritto da A. Eldahl (*Acta Med. Scandin.*, n. 3-4, 1938), la sindrome si sviluppò dopo un trauma psichico. I sintomi principali erano stitichezza grave, coliche intestinali, segni di insufficienza renale (albuminuria e cilindruria) ed epatica (ittero) e molteplici sintomi nervosi. Questi consistevano in paresi muscolari alle estremità e alla laringe, atrofie muscolari spiccate con abolizione dei riflessi, emissione involontaria di urina e di feci, parsi unilaterale del facciale, strabismo, disturbi psichici. L'urina, di colore rosso-scuro, conteneva abbondante porfirina.

P.

Contributo alla somministrazione rettale di digitale.

Secondo K. Baatz (*Deul. Mediz. Woschenschr.*, n. 52, 1938) la somministrazione rettale della digitale assicura una migliore tolleranza ed un più rapido riassorbimento. Essa è perciò particolarmente indicata per quei pazienti che non tollerano la digitale per bocca. Come nella somministrazione orale, anche in quella rettale la presenza di saponine facilita notevolmente il riassorbimento della sostanza attiva; è perciò utile non dare i glicosidi isolati, ma un estratto totale delle foglie. La somministrazione rettale si fa con supposte che contengono ciascuna l'estratto corrispondente a 10 centigrammi di foglie. La cura è stata sperimentata su oltre 100 casi di insufficienza cardiaca da svariate cause, dalle forme più leggere alle più gravi. Dosi giornaliere di 1-3 supposte al giorno. Buoni risultati già dopo 1-2 giorni di somministrazione.

P.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA.

Sulla semeiologia fisica della tiroide: un artifizio per la sua esplorazione.

G. Pizzillo (*Riforma Medica*, 21 gennaio 1939) dopo aver constatato che con i vari metodi attualmente in uso non sempre il medico riesce a stabilire con sufficiente esattezza le condizioni anatomiche della tiroide — specie se si tratti di soggetti a collo adiposo o taurino — descrive un artifizio semeiologico che egli usa correntemente.

Tale artifizio consiste nell'invitare il soggetto a rovesciare il capo all'indietro e nel fargli esercitare una pressione forte dell'occipite contro la faccia palmare delle mani incrociate e disposte a doccia in maniera da aderire esattamente dietro l'occipite. Si vengono a determinare due forze antagoniste risultanti una dal movimento di iperestensione del capo che tende a portarsi sempre più all'indietro, l'altra dallo sforzo esercitato dalle mani per tentare di ricondurre il capo in avanti.

L'osservatore deve rimanere in posizione laterale rispetto al paziente in modo che il suo sguardo cada lateralmente sulla regione tiroidea. Con tale manovra si vede la tiroide sollevarsi e affiorare sotto la cute.

Gli elementi in giuoco nella manovra combinata per porre maggiormente in evidenza la tiroide sono complessi e cioè:

1) lordosi della colonna cervicale e, per essa, spinta in avanti della trachea e conseguentemente della tiroide e quindi maggiore evidenza di questa;

2) stiramento della guaina peritiroidea di Sébilau e quindi tendenza del piano tiroideo a spostarsi in avanti;

3) contrazione degli sternocleidomastoidei i cui margini anteriori si mettono in evidenza e fanno sporgere il canale laringo-tracheale.

Iandolo.

MEDICINA SCIENTIFICA

Meccanismo dell'azione chemioterapica di alcuni derivati solforati nelle pneumococcemie sperimentali.

Dopo la scoperta dell'azione antistreptococcica di talune sostanze nel gruppo della sulfamide sono state fatte molte ricerche allo scopo di precisare il meccanismo di azione di tali sostanze. A questo proposito si contrappongono attualmente due concezioni. Secondo la prima il medicamento agirebbe dopo essersi trasformato nell'organismo in un derivato ancora non ben conosciuto il quale favorisce la fagocitosi del microbo da parte dell'organismo rallentandone la moltiplicazione e impedendone la incapsulazione: l'azione del medicamento non si esplicherebbe direttamente sul microbo ma piuttosto esaltando le difese dell'organismo.

La seconda concezione invece ammette una azione diretta lisizzante del medicamento sul microbo.

C. Levaditi, A. Vaisman e D. Krassnoff (*Annales de l'Institut Pasteur*, gennaio 1939) hanno perciò eseguito una serie di esperienze per vedere quale delle due concezioni suddette fosse la vera, utilizzando però, al posto dello streptococco, il pneumococco, il quale ha un potere capsulogenetico più spiccato.

Gli AA. hanno così potuto constatare che la virulenza dei pneumococchi dipende più dal potenziale capsulogeno del microbo che dalla capacità fagocitaria dei leucociti, in quanto un ceppo di pneumococchi diventa patogeno quando trova nell'organismo i materiali necessari alla sua moltiplicazione capsulogenetica. Infatti il microbo incapsulato diventa inattaccabile dai fagociti, anche se questi conservano intatto il loro potere fagocitante. I medicamenti terapeuticamente attivi esplicano la loro azione rendendo gli umori dell'organismo inadatti a favorire la moltiplicazione capsulogenetica del germe: i pneumococchi

allora, non rivestiti dalla capsula, diventano facile preda dei fagociti.

Le ricerche quindi degli Autori dimostrano che l'azione terapeutica dei medicamenti solforati si esplica non direttamente sui microbi ma sull'organismo:

1) modificando l'ambiente umorale, rendendolo inadatto a favorire la segmentazione normale e la capsulogenesi del microbo;

2) assicurando la distruzione, più o meno totale e definitiva, del germe, grazie all'intervento dei fagociti. F. TOSTI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Tintura per capelli. Al dott. B. P. da M.:

La parafenilendiamina, usata per tintura dei capelli, provoca molto spesso dermatiti anche gravi ed estese le quali, in soggetti sensibilizzati, possono essere accompagnate da fenomeni generali talvolta imponenti (febbre, senso di malessere, ecc.). Tutti questi disturbi peraltro, ordinariamente, si dileguano non appena sospeso l'uso del preparato.

Per ottenere una tinta scura dei capelli Brocq consiglia di lavarli con soluzione di carbonato di potassio uno su dieci e poi di frizionarli con la seguente miscela:

Succo spremuto della corteccia verde
di mallo di noci . . . . . . gr. 10
Alcool al 60° . . . . » 90

lasciare a contatto per 10 giorni e poi filtrare.

V. MONTESANO.

VARIA

Lo scorpionismo nel Brasile.

Abbastanza grave è il pericolo che rappresentano gli scorpioni nel Brasile, dove si calcolano annualmente quasi 7000 casi di puntura con 237 morti. La potenza del veleno, che tali aracnidi inoculano con l'aculeo che si trova all'estremità della coda, è dimostrata dal fatto che la quantità che ne fuoriesce con la puntura è di g. 0.000.131 e bastano anche mg. 0,05 per provocare un dolore tormentoso. Questo veleno agisce specialmente sul sistema nervoso determinando una specie di sindrome di siringomielia acuta. La parte punta si fa edematosa, rossa, calda; si manifestano scialorrea, rinorrea, nausea, vomiti, lieve ematemesi. Intensa sensazione di freddo con pelle d'oca, cefalea, forte lacrimazione, oscuramento della vista, fino ad una vera cecità. Respiro di Kussmaul, tachicardia (a 180 e più), in qualche raro caso, bradicardia. Interessante è la dissociazione della sensibilità: iperestesia tattile, con assenza di sensibilità termica, talvolta ipo- od anestesia tattile, termica e dolorosa. Contrazioni e convulsioni emissione involontaria di feci.

Nella seconda fase, dominano i fatti paralitici, i vomiti ed i dolori. Sensazione di intontimento, difficoltà od impossibilità di camminare, tremori, ondate di calore al viso e, finalmente con la respirazione sempre più superficiale ed in un bagno di sudore, con temperatura sotto la norma il paziente muore. In qualcuno che guarisce può rimanere un'emiplegia. Come complicazioni possono aversi edema polmonare e gangrena della parte lesa.

Vi sono degli animali poco sensibili a questo veleno, come le galline, i tacchini, ecc.; vi è poi uno sdentato (*Tatu*) totalmente immune; trattasi di un animale che vive nelle caverne in continuo contatto con gli scorpioni; soltanto gli adulti sono insensibili, mentre i giovani soccombono all'azione del veleno.

O. De Magalhaes (*Journ. trop. med. a. hyg.*, 15 dicembre 1938) ci dà notizie di alcuni rimedî popolari usati contro l'avvelenamento: impiastri di cipolla, succo di limone bollito con tabacco e sapone, ecc. Fa inoltre menzione di due rimedî: l'uno del tipo omeopatico costituito dallo stesso scorpione, o dai suoi visceri, immersi in alcool, da usarsi per applicazione topica; nelle nostre campagne non è raro vedere degli scorpioni tenuti in olio, che è poi destinato ad essere utilizzato contro le punture dello stesso. L'altro rimedio è costituito dal succo delle foglie o dei tuberi di *Dahlia variabilis* che hanno realmente, *in vitro*, un'azione neutralizzante sul veleno; la sostanza attiva sarebbe la tirosina.

Ma il rimedio sovrano è rappresentato dal siero ottenuto dai bovini immunizzati (sono necessari circa 20.000 scorpioni per preparare l'animale); esso viene poi dosato iniettandone delle miscele con quantità progressive di veleno nel topolino. Il siero viene preparato all'Istituto biologico di Minas ed ha già avuto la conferma clinica della sua efficacia; le statistiche dimostrano, di fatto, che la mortalità nei casi non curati è del 42 %, mentre nei casi trattati col siero è di 1,71 %. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. FRASCHINI. *L'ormonosieroterapia testicolare in un caso di arresto dello sviluppo somatico ed in un caso di grave ipotrofia dei testicoli.* Tip. Europa, Roma, 1938.

Priorità Italiana nel campo della Farmacoterapia. Ufficio Stampa Medica Italiana, Milano, 1938.

P. PICCININI. *Scienza e patria nella storia delle Università Italiane.* Ufficio Stampa Medica Italiana, Milano, 1938.

R. SIMONETTI CUIZZA. *Ulteriori osservazioni sopra un caso di anemia eritroblastica tipo Cooley splenectomizzato.* Tip. Imm. Concezione, Modena, 1938.

F. VALTORTA. *Considerazioni sulla fecondazione artificiale della donna.* Tip. Sovene, Napoli, 1938.

Annali Società Medica Coloniale della Libia. Stab. Poligr. Maggi, Tripoli, 1938.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Per la succursale di Cernusco sul Naviglio: primario medico direttore: stip. L. 24.000, indenn. residenza L. 4500, alloggio; aiuto chirurgo: stip. L. 6450, indenn. trasf. L. 3000, aumento di L. 950 dopo il 1° biennio; cinque assistenti: stip. L. 5600, serv. att. L. 360, indenn. trasf. L. 2400, aumenti. Primario oculista; L. 7850. Per tutti: tit. ed es.; scad. 28 marzo, ore 16.

REGGIO CAL. *Ospedali Riuniti « G. Malacrino » e « F. Bianchi ».* — Concorsi per titoli ed esami a primario chirurgo ed a primario ostetrico; stipendi rispettiv. L. 14.800 e L. 8000; due quinquenni decimo; compartecipaz. Scad. ore 16 del 31 marzo. Domanda e titoli alla Segreteria; informazioni della Direzione Medica.

ROMA. *Ministero dell'Educazione Nazionale.* — Sono banditi i concorsi alle seguenti cattedre nella Facoltà di medicina e chirurgia: 1) Clinica ostetrica e ginecologica nella R. Università di Cagliari; 2) Patologia generale nella R. Università di Bari; 3) Patologia speciale medica e metodologica clinica nella R. Università di Cagliari; 4) Anatomia e istologia patologica nella R. Università di Sassari; 5) Clinica oculistica nella R. Università di Perugia; 6) Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica nella R. Università di Sassari; 7) Clinica ortopedica nella R. Università di Napoli; 8) Radiologia nella R. Università di Bologna; 9) Fisiologia umana nella R. Università di Bari; 10) Clinica otorinolaringoiatrica nella R. Università di Cagliari; 11) Idrologia medica nella R. Università di Roma; e nella Scuola di ostetricia di Catanzaro a professore direttore.

I termini utili per la presentazione delle domande e dei documenti scadono il 31 maggio 1939-XVII. Per i concorrenti che si trovino all'estero, nell'Africa Italiana o nei possedimenti italiani, fermo restando il termine del 31 maggio 1939-XVII per la presentazione della domanda, è consentita la presentazione dei documenti e dei titoli sino a tutto il 30 giugno successivo.

RR. Prefetture.

Sono indetti i seguenti concorsi:

A) per condotte mediche nelle province di:

Agrigento, 6 posti; scad. 15 aprile;
Asti, 16 posti; scad. 30 marzo, ore 18;
Bologna, 13 posti; scad. 30 aprile, ore 12;
Brescia, 24 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Campobasso, 9 posti; scad. 30 aprile;
Catania, 6 posti; scad. 15 aprile;
Chieti, 7 posti; scad. 31 marzo, ore 12;
Cremona, 6 posti; scad. 31 marzo, ore 16;
Ferrara, 7 posti; scad. 29 aprile, ore 12;
Fiume, 13 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
La Spezia, 2 posti; scad. 15 aprile, ore 18;
Macerata, 11 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Matera, 2 posti; scad. 30 aprile, ore 18;
Modena, 9 posti; scad. 31 marzo;
Perugia, 15 posti; scad. 30 aprile, ore 16;
Pesaro, 17 posti; scad. 31 marzo, ore 12;
Piacenza, 6 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Ravenna, 2 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Reggio Em., 5 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Siena, 6 posti; scad. 31 marzo;
Messina, 3 posti; scad. 30 aprile;
Trento, 10 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Udine, 19 posti; scad. 31 marzo, ore 18.
Vercelli, 12 posti; scad. 15 aprile.

Per il bando di concorso, schiarimenti ed altre informazioni rivolgersi alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

B) per Laboratori prov. d'igiene e profil. (Sez. med.-micrografica):

Asti, assistente; scad. 31 marzo;
Campobasso, assist.; scad. 30 aprile, ore 18;
Macerata, coadiutore; scad. 30 marzo, ore 12;
Mantova, assist.; scad. 30 aprile, ore 18;
Pavia, coadiutore e assistente; scad. 15 aprile, ore 18.

C) per ufficiale sanitario e medico capo dell'Ufficio d'igiene di:

Asti, assistente: scad. 31 marzo;
Cremona, capoluogo; scad. 31 marzo, ore 16;
Imperia, capoluogo; il concorso è riservato;
Lecce, per un consorzio; la scadenza sarà notificata ulteriormente;
Savona, per consorziali; scad. 31 marzo.

D) Dispensari antivenerei:

Aosta, direttore, scad. 15 aprile.

Consorzi provinciali antitubercolari

Genova, per vice-direttore; stip. L. 18.000 e 4 quinquenni dec.; indenn. carica L. 9000; scad. 8 maggio, ore 18;

Piacenza, direttore delle Sezioni dispensariali; L. 12.500 e 5 quadrienni dec. Scad. 31 marzo, ore 17.

Per altri schiarimenti ed informazioni rivolgersi alle rispettive Segreterie.

Federazione delle Casse Mutue di malattia per i lavoratori dell'Industria.

Pesaro: capo del servizio sanitario dell'Ufficio prov. fascista; L. 15.000 e tredicesima mensilità; scad. 60° giorno dal 10 febbraio.

Reggio Emilia: id.; L. 21.600 e tredicesima mensilità; scad. 60° giorno dal 31 gennaio.

Ufficiali medici in servizio nell'A. O. I.

Con Regio decreto 8 dic. 1938-XVII pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale », agli ufficiali medici specialisti in congedo che, previo accertamento della loro specializzazione da parte dei competenti organi tecnici dei Ministeri della Guerra, della Marina e dell'Aeronautica secondo la Forza armata alla quale appartengono, ottengano entro il 30 giugno 1939-XVII, il richiamo in servizio per destinazione come tali nell'Africa Orientale Italiana, con obbligo di tre anni di effettiva permanenza, è

concesso un premio di lire ventimila al netto delle riduzioni.

Il premio di cui sopra è pagabile in due rate: la prima dopo l'arrivo nella sede di servizio designata nell'Africa Orientale Italiana; la seconda al compimento del terzo anno di permanenza nell'Africa Orientale medesima.

La prima rata del premio deve essere restituita se, per ragioni disciplinari o in seguito a domanda non determinata da motivi di salute, venga disposto il rimpatrio prima del compimento di diciotto mesi di effettivo servizio nell'Africa Orientale Italiana. In caso di morte per cause di servizio prima del compimento del triennio di permanenza nell'Africa Orientale Italiana, la seconda rata del premio è dovuta per intero agli eredi dell'ufficiale.

Agli ufficiali anzidetti spetta la licenza ordinaria coloniale soltanto al compimento del triennio di servizio nell'Africa Orientale Italiana nella misura di giorni 180.

È data sanatoria per i provvedimenti adottati dal Ministero dell'Africa Italiana per il trattamento economico degli ufficiali medici specialisti richiamati dal congedo e destinati come tali nell'Africa Orientale Italiana anteriormente alla pubblicazione del presente decreto.

Concorsi a premi.

Fondazione Alessandro Lustig.

Presso la Lega Italiana per la lotta contro i tumori è istituita la « Fondazione Alessandro Lustig » allo scopo di conferire ogni biennio un sussidio di lavoro ad un Medico o studente di nazionalità italiana che si dedichi a studi sui tumori presso gli Istituti specializzati di Oncologia o presso gli Istituti della Facoltà di medicina delle RR. Università.

La « Fondazione » è amministrata dalla Presidenza della Lega ed ha la sua contabilità presso gli Uffici della Presidenza.

Per la « Fondazione » la Lega destina il capitale di L. 30.000 in rendita 5 % e il premio è costituito dall'importo biennale di detta rendita e cioè in L. 3000, ed è indivisibile.

Gli aspiranti alla Borsa debbono presentare domanda al Presidente della Lega entro il 31 luglio (proroga) per la prima aggiudicazione ed in seguito ogni due anni, non oltre il 31 ottobre, corredandola di tutti i documenti dimostranti la loro attività e competenza nel campo dell'oncologia e di un certificato rilasciato dal Direttore dell'Istituto nel quale svolgono la loro attività.

Borse di studio.

Borsa di studio « Prof. Giovanni Truffi ».

La R. Università di Padova ha bandito il concorso per l'anno accademico 1938-39-XVII alla borsa di perfezionamento di L. 6000 intitolata al Prof. Giovanni Truffi, da conferirsi ad un giovane laureato in medicina e chirurgia in una Università del Regno da non più di cinque anni, contati dalla data di scadenza del bando e che intenda dedicarsi a studi di perfezionamento all'estero in dermosifilopatia. Scad. ore 12 del 15 maggio 1939-XVII. Chiedere copia del bando di concorso al Rettorato.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Gaetano Mascia, in clinica ostetrica e ginecologica; Claudio Parzani, in patologia chirurgica e propedeutica clinica.

Il 21 febbraio 1939-XVII, presso la R. Università degli studi di Palermo, nei locali del Rettorato, è stato conferito il premio « Achille Albanese » per l'anno scolastico 1937-38. Il Magnifico Rettore presa visione della relazione della Commissione ha assegnato il suddetto premio ai signori vincitori dott. Francesco Caffarelli e dott. Francesco Fertitta.

La Commissione giudicatrice per l'assegnazione del premio « Massimo Piccinini », presso la R. Università di Milano, composta dal prof. Antonio Cazzaniga, preside, e dai professori Pasini, Sertoli-Salis, Ragazzi e Masnata, ha designato al primo premio il dott. F. Colonnello per uno studio sulla amebiasi epatica, ed al secondo il dott. G. Rotolo per il suo libro « Venti mesi di attività chirurgica in Africa Orientale Italiana ».

La Commissione ha espresso il suo compiacimento per il pregevole contributo apportato dai giovani colleghi allo studio dei problemi medico-coloniali.

L'Accademia di Medicina di Parigi ha assegnato il premio « Alberto I di Monaco », dell'importo di 100.000 franchi, a Jules Lefèvre, ex-professore di liceo, ora insegnante all'Istituto d'igiene alimentare di Parigi, per il suo libro « La bioenergetica ». Il Lefèvre fu un antesignano dello studio del metabolismo basale; organizzò il primo laboratorio europeo per lo studio del metabolismo.

Altri concorrenti erano il prof. Ambard, per « L'esplorazione della funzione renale » e i coniugi Tréfouel, per « l'Azione delle sulfammidi ».

Il premio « Alberto I di Monaco » viene conferito alternativamente dall'Accademia delle Scienze e dall'Accademia di Medicina di Parigi.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

Nella Clinica medica della R. Università di Milano sono indetti i seguenti convegni:

IVª Riunione del Gruppo Cardiologico Italiano, il 23 aprile; relazione su: « La tromboflebite obliterante »; relatori: prof. Pio Bastai (Firenze) (etiopatogenesi, sintomatologia e terapia medica) e prof. Antonio Comolli (Firenze) (terapia chirurgica). Si accettano comunicazioni sui temi di relazione;

IIª Riunione del Gruppo Italiano per le Malattie del Ricambio, il 21 aprile; relazioni: prof. Gino Frontali (Padova), « Patogenesi e cura degli stati chetonemici del bambino »; prof. Gino Bergami (Napoli), « Rapporti tra ricambio protidico e glucidico ». Si accettano comunicazioni sul tema: « Stati chetonemici e coma »;

IIIª Riunione del Gruppo Italiano per il Reumatismo, il 22 aprile. Relazione: prof. A. Pepere e dott. G. Mulazzi (Milano), « Le artriti reumatiche »; prof. C. A. Ragazzi (Milano), « Il reumatismo articolare acuto nella morbilità delle grandi città ».

Per eventuali comunicazioni e per informazioni rivolgersi al segretario prof. E. Buccianti, via Francesco Sforza 35, Milano.

La Società tedesca per la medicina interna terrà la sua 51ª riunione dal 27 al 30 marzo in Wiesbaden, sotto la presidenza del prof. Stepp di Monaco. Temi di relazione: « Arteriosclerosi »; « Circolazione e sistema nervoso »; « Infezione focale »; « Il decadimento dentario come espressione di deficienza alimentare ». I primi due temi verranno discussi unitamente alla Società dei neurologi e psichiatri tedeschi. Sono stabilite riduzioni per i viaggi; gli stranieri possono fruire di una riduzione del 60 %. Rivolgersi al direttore di segreteria prof. dott. A. Géronne (Ständiger Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin, Wiesbaden, Germania).

Il primo Congresso nazionale brasiliano sulla tubercolosi avrà luogo durante il maggio prossimo, sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica, Getulio Vargas; è promosso dalla Società brasiliana della tubercolosi; sarà presieduto dal presidente di questa società, dott. Arrez Miranda; ne sarà segretario generale il dott. Reginaldo Fernandes. Tema in discussione: basi della lotta antitubercolare di fronte al momento epidemiologico nel Brasile; relatore il dott. João Barros Barreto.

L'Organizzazione internazionale contro il tracoma terrà l'adunanza scientifica annuale il 21 aprile a Londra, presso la « Royal Society of Medicine », (Wimpole Street 1, W. 1). L'argomento in discussione sarà: « Incidenza e tipo clinico del tracoma incontrato in Europa e nell'America settentrionale e meridionale, cioè in Paesi che abitualmente sono considerati non tracomatosi »; la discussione verrà aperta dai dottori Lavery (Dublino) e Harry Gadle (Chicago) e dal sig. Arnold Sorsby (Londra). Seguirà una breve discussione sul trattamento del tracoma con sulfonilamide e prodotti congeneri. Chi desidera parlare è invitato a mettersi in comunicazione col presidente dell'Organizzazione, dott. Mac Callan (Welbeck Street 33, London W 1). Gli atti saranno pubblicati nella « International Review of Trachoma ».

Il 52° Congresso della Società francese d'oftalmologia si terrà a Parigi dall'8 all'11 maggio. Il dott. Coutela di Parigi presenterà una relazione su « L'occhio e le malattie professionali ». Durante il congresso verranno organizzate visite agli ospedali e una gita nei dintorni della città. Rivolgersi al segretario generale, dott. Megigot de Treigny, square de Latour-Maubourg 1, Paris 7ᵉ.

Corsi di revisione e di perfezionamento.

Il « Perfezionamento degli Studi Medici » della Germania ha predisposto i corsi seguenti internazionali per specialisti:

1) *Ad Amburgo*: Dermatologia, venerologia, radioterapia (Mulzer, 25 giugno-1 luglio 1939; (onorario: RM. 60).

2) *Ad Amburgo*: Cure irradiative (specialmente terapia profonda) (Holthusen), 3-8 luglio 1939; (onorario: RM. 60).

3) *A Vienna*: Dermatologia e venerologia, terapia profonda (Scherber), 26 giugno-1 luglio 1939; (onorario: RM. 60).

4) *A Vienna*: Cosmetica e Plastica (3 Sezioni: dermatologica, chirurgica, otologica), 3-15 luglio 1939; (onorario per il corso totale: RM. 120).

A) Parte dermatologica, 3-5 luglio 1939; (onorario: RM. 30).

B) Parte chirurgica, 6-12 luglio 1939; (onorario: RM. 30).

C) Parte otologica, 13-15 luglio 1939; (onorario: RM. 35).

5) *A Vienna*: Urologia (Haslinger), 17-22 luglio 1939; (onorario: RM. 60).

6) *A Vienna*: Malattie mascellari, della bocca, dei denti (Pichler), 17-22 luglio 1939; (onorario: RM. 70).

7) *A Vienna*: Chirurgia toracica (Denk), 24-29 luglio 1939; (onorario: RM. 70).

8) *A Colonia*: Chirurgia addominale (von Haberer), 31 luglio-5 agosto 1939; (onorario: RM. 70).

9) *A Bochum e Gelsenkirchen-Buer*: Chirurgia infortunistica; chirurgia degli arti (Bürkle-de la Camp, 7-12 agosto 1939; (onorario: RM. 70).

10) *A Colonia*: Radiologia per la chirurgia degli infortuni (Grashey), 14-15 agosto 1939; (onorario: RM. 30).

11) *A Colonia*: Ortopedia (Hackenbroch), 16-19 agosto 1939; (onorario: RM. 50).

12) *A Hohenlychen*: Chirurgia reintegrativa. Esercizi e sport di compensazione (Gebhardt), 21-23 agosto 1939; (onorario: RM. 35).

13) *A Vienna*: Il cranio nella radiologia e nella clinica (Mayer), 31 luglio-5 agosto 1939; (onorario: RM. 70).

14. *A Monaco*: Radiologia per internisti e chirurgi (Stumpf), 26 giugno-1 luglio 1939; (onorario: RM. 60).

15. *A Breslavia*: Diagnosi delle malattie del sistema digerente (Cudzeit), 28 giugno-1 luglio 1939; (onorario: RM. 35).

16) *A Monaco*: Malattie del sangue, del metabolismo, articolari, neuropatie, endocrinologia, vitamine (Schittenhelm, Stepp), 3-8 luglio 1939; (onorario: RM. 50).

17) *A Vienna*: Dietetica (Eppinger, Risak), 10-15 luglio 1939; (onorario: RM. 50).

18) *A Berlino*: Malattie d'infezione, del sistema circolatorio e nefritiche (Horsters), 17-22 luglio 1939; (onorario: RM. 50).

19) *A Lubecca*: Allergia (Hansen), 24-28 luglio 1939; (onorario: RM. 50).

20) *A Francoforte*: Nevrologia, psichiatria, psicoterapia (Kleist), 31 luglio-5 agosto 1939; (onorario: RM. 50).

21) *A Berlino*: Pediatria, ginnastica per l'infanzia e la gioventù, fanciulli difficili ad educare, patologia ereditaria (Bessau, Hofmeier), 20 giugno-1 luglio 1939; (onorario: RM. 50).

22) *A Colonia*: Pediatria; malattie infettive, del sistema circolatorio, nefropatie (Kleinschmidt), 3-8 luglio 1939; (onorario: RM. 50)

23) *A Lipsia*: Ostetricia (Schroeder), 3-8 luglio 1939; (onorario: RM. 70).

24) *A Lipsia*: Ginecologia quotidiana (Schroeder), 10-15 luglio 1939; (onorario: RM. 70).

25) *A Tubinga*: Oto-rino-laringologia (Albrecht); 26 giugno-8 luglio 1939; (onorario, incl. corsi di operazione: RM 150; senza operazione: RM. 100).

26) *Ad Halle*: Oftalmologia (Clausen), 26 giugno-1 luglio 1939; (onorario: RM. 75).

Lingua dei corsi: tedesca. Numero molto limitato dei partecipanti. Informazioni, prospetti: *Arztliches* Fortbildungswesen. Robert-Kochplatz 7 (Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin N., W. 7).

Hanno diritto di partecipare ai corsi medici tedeschi, cittadini del Reich, oppure medici di nazionalità straniera.

Medici stranieri e tedeschi residenti all'estero riceveranno una riduzione di 60 % sulle ferrovie tedesche, pagando in valuta straniera. Usando i marchi registrati un medico straniero può abbassare le spese del suo soggiorno. È da consigliare che il medico straniero si metta in comunicazione con una banca nazionale prima della sua partenza.

Un corso di revisione e di perfezionamento sull'igiene e la clinica della prima infanzia si terrà a Parigi, nella Clinica Parrot (Ospice des Enfants-Assistés), dal 27 marzo al 5 aprile, sotto la direzione del prof. Lereboullet. Rivolgersi a: Chef de Laboratoire des Enfants-Assistés, rue Denfert-Rochereau 74, Paris.

Azioni giudiziarie.

Al Tribunale di Chieti si è svolto un processo provocato da una incredibile superstizione, secondo cui le sofferenze inflitte a una persona possono guarirne un'altra. Nel corpo di un bambino, Nicola Maggi, venivano conficcati degli aghi, dalla nonna materna, Maria Bracciale, allo scopo di curare il genero di costei, Francesco Jannini, tubercolotico; venivano inflitte anche altre sevizie. Nell'ospedale di Ortona a Mare le radiografie dimostrarono una cinquantina di aghi nella parete addominale del bambino. I due responsabili sono stati condannati a 30 anni di reclusione ed a 3 anni di libertà vigilata per ciascuno.

Un po' dovunque.

Il Consiglio Direttivo Centrale della Lega Italiana per la lotta contro i tumori nella sua seduta ordinaria del febbraio u. s. avendo constatato che un solo concorrente si era presentato per l'aggiudicazione della « Borsa Alessandro Lustig » ha deciso di riaprire i termini del concorso prorogandoli fino al 31 luglio 1939-XVII.

Si riportano in altra parte del fascicolo le norme per la partecipazione al Concorso.

Una intensa campagna contro la vaccinazione obbligatoria con anatossina difterica va svolgendosi in Francia. Vi hanno preso parte attiva alcuni medici.

Al tempo stesso, però, si è pronunziata una campagna e favore della vaccinazione.

Nella Facoltà medica di Bucarest sono state tenute delle conferenze dai proff. L. Ambard di Strasburgo e L. Zembruzki di Varsavia.

All'Istituto batteriologico di Strasburgo sono stati rubati tredici polli, inoculati con virus vari. L'Istituto ha reso noto, per mezzo dei giornali, il pericolo che avrebbero potuto correre gli acquirenti. Risultato: la popolazione della città ha intrapreso uno « sciopero » nel consumo dei polli.

Per munifico interessamento di S. M. la Regina Imperatrice d'Italia, verrà eretta una nuova clinica per post-encefalitici a Hephata-Treysa (Germania), essendosi ormai sovraffollata quella di Cassel.

Il prof. sen. N. Pende, incaricato dal Ministero della Marina, ha tenuto agli ufficiali della Piazza Militare Marittima di La Spezia, una conferenza sulla politica fascista della razza.

Il prof. Monteiro, di Clinica medica all'Università di San Paolo (Brasile), ha tenuto il 25 febbraio una conferenza nell'anfiteatro Trousseau dell' « Hôtel-Dieu » di Parigi, sull'aclasia (mancanza di regolazione nel funzionamento degli sfinteri, ascritta a deficienza di vitamina B).

Una legge approvata recentemente dal Parlamento dello Stato dell'Ohio vieta ogni nudità, reale o rappresentata, in presenza di due o più persone. Una delle conseguenze è che non si possono più tenere lezioni di anatomia nè fare consulti medici. Resta a vedere se il Parlamento modificherà la legge, o se questa verrà applicata con discernimento.

Il 28 gennaio fu inaugurato in Argentina, a Bialet Massé, presso Córdoba, un grande ospedale per tubercolotici, intitolato « Famiglia Domingo Mánes »; è capace di 350 posti; le installazioni sono modernissime e complete. All'ospedale è annesso un terreno di 330 ettari. È data una descrizione dell'Istituto in « Prensa Méd. Argent. », del 15 febbraio.

Mentre il dott. Luigi Galli, medico condotto a Vallestrona, si recava a visitare un'inferma, guidando la propria automobile, è precipitato in un burrone da circa trenta metri. È stato trasportato all'Ospedale di Novara in condizioni disperate.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 27 Marzo 1939 - XVII Num. 13

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA E TERAPIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ « BENITO MUSSOLINI »
BARI
Direttore: prof. L. FERRANNINI.

La reazione di Takata-Ara e l'equilibrio proteico nel siero di sangue di diabetici, prima e dopo trattamento insulinico.

Dott. GIUSEPPE SCARAMUZZI.

Molti AA. hanno studiato le modificazioni dell'equilibrio proteico in rapporto con quelle dello zucchero del sangue:

Raterj e M.lle Levine su 12 casi di diabete consuntivo hanno trovato che le proteine totali si mantenevano nelle cifre normali, le albumine erano diminuite, le globuline erano aumentate e il rapporto A/G quindi si manteneva nelle cifre basse.

A. de Marais e M. J. Bruno da Costa in diabetici senza complicanze gravi hanno trovato le proteine totali in limiti fisiologici, le albumine aumentate, le globuline diminuite, il rapporto A/G aumentato.

Riguardo poi all'azione dell'insulina, Moro ha trovato che abbassando la glicemia l'equilibrio proteico si riporta verso la norma.

Nitzen e Cianciovici hanno trovato nei conigli una diminuzione delle proteine totali sotto l'azione dell'insulina.

Strettamente legata al comportamento delle albumine e globuline nel siero di sangue è la reazione di flocculazione proposta nel 1925 da Takata per la diagnosi differenziale di alcune malattie polmonari acute e che fu in seguito utilizzata da Jezler e altri AA. per la diagnosi di altre malattie con non concordi risultati. Essa è fondata sul principio che l'ossido di mercurio in soluzione colloidale, che si forma dal sublimato col carbonato di sodio, assorbe la fuxina e dà una reazione colorata; la presenza nel siero di colloidi labili (globuline) determinerebbe una flocculazione con

precipitato colorato in violetto; la flocculazione sarebbe ostacolata dalla presenza di corpi ad elevata stabilità colloidale (albumine). La T. R. non è mai stata eseguita finora, per quanto mi risulta, in siero di sangue di diabetici, e ho ritenuto opportuno provarla contemporaneamente all'equilibrio proteico.

Ho eseguito le ricerche sui diabetici dell'Ambulatorio annesso alla R. Clinica Medica o in questa ricoverati, determinando l'equilibrio proteico e la T. R. prima e dopo il trattamento insulinico.

PROTOCOLLO DEI CASI.

CASO I. — A. M. di anni 57 ammogliato, maniscalco. In gioventù ha contratto la lue. Il diabete fu scoperto sei anni fa. Prima combinazione di De Giovanni. Peso Kg. 65; Pmx 150; Pmm 90.

Sost. non pr.	1.30	1.65
Albumine	3.89	3.89
Globuline	1.29	2.30
Pr. totali	5.18	6.19
Q. proteico	3.01	1.69
Glicemia	1.25	1.04

Prima di qualsiasi trattamento le albumine erano leggermente al disotto della norma, le globuline parecchio diminuite, il Q. proteico era al disopra della norma; dopo trattamento dietetico ed insulinico le albumine non hanno subito modificazioni, le globuline son ritornate quasi nei valori normali, il Q. proteico è divenuto normale e la glicemia è diminuita.

CASO II. — G. S. di anni 51 coniugata, casalinga. Diabetica da un anno. Terza combinazione di De Giovanni. Peso Kg. 77; Pmx 210; Pmm 30.

Sost. non pr.	1.20	1.45
Albumine	4.82	6.68
Globuline	2.41	2.03
Pr. totali	7.25	8.71
Q. proteico	2	3.28
Glicemia	1.30	1.25

Prima di qualsiasi trattamento le albumine, le globuline, le pr. totali e il Q. proteico erano nei valori normali. Dopo trattamento dietetico ed insulinico la glicemia si è abbassata di poco; le albumine sono salite a valori superiori alla norma; le globuline son discese a valori di poco inferiori alla norma; le pr. totali sono salite leggermente al disopra della norma; il Q. proteico è salito molto sopra alla norma.

CASO III. — L. R., di anni 40, coniugata, casalinga. Ha abusato nel mangiare pane e pasta; è diabetica da 5 anni. Terza combinazione di De Giovanni. Peso Kg. 67; Pmx. 120; Pmm. 80.

Sost. non pr.	1.25	1.47
Albumine	6.25	5.90
Globuline	1.54	2.40
Pr. totali	7.79	8.30
Q. proteico	4.05	2.45
Glicemia	2	1.59

Prima di qualsiasi trattamento le albumine avevano valori superiori ai normali; le globuline erano al disotto dei valori normali; le pr. totali erano nei valori normali; il Q. proteico era molto superiore alla norma. Dopo il trattamento le albumine pur diminuendo sono restate al disopra della norma; le globuline sono aumentate sin quasi ai valori normali; le pr. totali sono aumentate pur restando nei valori normali; il Q. proteico è disceso sin quasi ai valori normali; la glicemia è diminuita.

CASO IV. — M. A., di anni 62, coniugata, casalinga. Seconda combinazione di De Giovanni; è diabetica da tre anni. Peso Kg. 69; Pmx. 175; Pmm. 90.

Sost. non pr.	1.10	1.35
Albumine	7.90	8.30
Globuline	1.08	1.61
Pr. totali	8.98	9.91
Q. proteico	7.31	5.15
Glicemia	2.10	2.27

Prima di qualsiasi trattamento le albumine sono superiori alla norma; le globuline inferiori alla norma; le pr. totali leggermente aumentate rispetto alla norma; il Q. proteico è molto al disopra della norma. Dopo il trattamento le albumine sono aumentate; le globuline sono aumentate ma non hanno raggiunto i valori normali; le pr. totali sono aumentate; il Q. proteico è sceso ma non sino alla norma; la glicemia è aumentata.

CASO V. — C. D., di anni 41, coniugata, casalinga; la madre era diabetica. Diabetica da otto anni. Prima combinazione morfologica di De Giovanni; presenta gozzo e polso frequente. Peso Kg. 58; Pmx. 130; Pmm. 85.

Sost. non pr.	1.59	1.65
Albumine	6.90	5.15
Globuline	2.21	3.05
Pr. totali	9.11	8.20
Q. proteico	3.12	1.68
Glicemia	1.20	1.04

Prima di qualsiasi trattamento le albumine sono al di sopra dei loro valori normali; le globuline sono nei limiti fisiologici; le pr. totali sono leggermente superiori alla norma; il Q. proteico è aumentato al di sopra dei valori normali; dopo trattamento le albumine sono rientrate nei valori normali; le globuline sono aumentate pur rimanendo nei limiti normali; le pr. totali sono rientrate nei valori normali; il Q. proteico è sceso sino nei limiti normali; la glicemia è diminuita.

CASO VI. — S. M. di anni 62 coniugato; calzolaio. Ottimo bevitore e fumatore. Diabetico da tre anni. Terza combinazione di De Giovanni. Peso Kg. 60; Pmx 150; Pmm 90.

Sost. non pr.	1.01	1.20
Albumine	5.30	4.30
Globuline	1.20	2.45
Pr. totali	6.50	6.75
Q. proteico	4.41	1.75
Glicemia	1.25	1.41

Prima di qualsiasi trattamento le albumine sono nei limiti normali; le globuline sono al disotto della norma; le pr. totali sono inferiori ai valori normali; il Q. proteico di molto superiore alla norma; dopo trattamento le albumine pur diminuendo sono rimaste nei valori norma-

li; le pr. totali pur aumentando non raggiungono i valori normali; il Q. proteico rientra nei valori normali; la glicemia è aumentata.

CASO VII. — A. D. di anni 41 coniugata, casalinga. Diabetica da tre anni; è luetica. Seconda combinazione morfologica di De Giovanni. Presenta: Addome globoso, fegato ingrandito. Peso Kg. 75; Pmx 125; Pmm 85.

Sost. non pr.	1.15	1.30
Albumine	8.75	6.45
Globuline	1.27	1.95
Pr. totali	10.02	8.40
Q. proteico	6.88	3.30
Glicemia	2.84	1.37

Prima di qualsiasi trattamento le albumine sono di molto superiori ai valori normali; le globuline sono al disotto della norma; le pr. totali molto aumentate rispetto ai valori normali; il Q. proteico molto superiore alla norma. Dopo trattamento le albumine pr diminuendo restano al disopra dei valori normali; le pr. totali rientrano nei limiti fisiologici; le globuline aumentano ma non sino ai valori normali; il Q. proteico pur diminuendo resta sempre superiore alla norma; la glicemia è diminuita.

CASO VIII — M. L. di anni 55, coniugato e pensionato. Diabetico da tre anni. Seconda combinazione morfologica di De Giovanni. Peso Kg. 78; Pmx 170; Pmm 95.

Sost. non pr.	1.18	1.42
Albumine	5.85	4.90
Globuline	1.75	2.05
Pr. totali	7.60	6.95
Q. proietico	3.34	2.39
Glicemia	1.78	1.36

Prima di qualsiasi trattamento le albumine erano nei valori normali; le globuline erano inferiori alla norma; le pr. totali nei limiti fisiologici; il Q. proteico al di sopra della norma. Dopo trattamento le albumine pur diminuendo sono rimaste nei limiti normali; le globuline sono aumentate sin quasi ai limiti fisiologici; il Q. proteico è sceso al di sotto della norma; la glicemia è diminuita.

CASO IX. — A. S. di anni 57 coniugata, casalinga. È luetica. È diabetica da tre anni. Terza combinazione morfologica di De Giovanni. Peso Kg.60; Pmx 160 160; Pmm 95.

Sost. non pr.	1.37	1.49
Albumine	4.98	4.90
Globuline	1.17	2.04
Pr. totali	6.15	6.94
Q. proteico	4.25	2.40
Glicemia	2.06	1.50

Prima di qualsiasi trattamento le albumine si trovano nei limiti normali; le globuline sono di molto inferiori alla norma; le pr. totali sono al disotto dei limiti fisiologici; il Q. proteico è aumentato. Dopo il trattamento le albumine sono restate quasi invariate; le globuline sono aumentate sin quasi ai limiti fisiologici; le pr. totali sono aumentate ma non hanno raggiunto i valori normali; il Q. proteico è diminuito sin quasi ai valori normali; la glicemia è diminuita.

CASO X. — M. L. di anni 21 coniugata, casalinga. È diabetica da nove anni. Terza combinazione di De Giovanni. Peso Kg. 73; Pmx 160; Pmm 95.

Sost. non pr.	1.32	1.51
Albumine	7.60	6.90
Globuline	1.67	1.95
Pr. totali	9.27	8.85
Q. proteico	4.55	3.53
Glicemia	3.60	1.67

Prima di qualsiasi trattamento le albumine sono molto al di sopra dei valori normali; le globuline sono diminuite rispetto ai valori normali; le pr. totali sono aumentate al di sopra della norma; il Q. proteico è al disopra della norma. Dopo il trattamento le albumine sono diminuite senza raggiungere i limiti normali; le globuline sono aumentate pur restando al disotto della norma; le pr. totali sono diminuite sin quasi ai limiti fisiologici; il Q. proteico è diminuito ma non ha raggiunto i limiti nomali; la glicemia è diminuita.

CASO XI. — A. O. di anni 65 coniugata casalinga. Diabetica da due anni. Terza combinazione di De Giovanni. Peso Kg. 58; Pmx 175; Pmm 80.

Sost. non pr.	1.50	1.63
Albumine	6.06	4.90
Globuline	2.34	2.25
Pr. totali	8.40	7.15
Q. proteico	2.58	2.17
Glicemia	1.36	1.20

Prima di qualsiasi trattamento le albumine sono leggermente al disopra della norma; le globuline sono nei limiti normali; le pr. totali nei limiti fisiologici; il Q. proteico è aumentato. Dopo trattamento le albumine sono rientrate nei valori normali; le globuline sono restate nei limiti fisiologici; le pr. totali sono scese leggermente al disotto della norma; il Q. proteico è diminuito pur non raggiungendo valori normali; la glicemia è diminuita.

CASO XII. — S. C. di ani 54 coniugata, casalinga. Diabetica da due anni. Seconda combinazione di De Giovanni. Peso Kg. 73; Pmx 140; Pmm 90.

Sost. non. pr.	1.50	1.63
Albumine	5.46	4.67
Globuline	2.04	3.15
Pr. totali	7.50	7.82
Q. proteico	2.67	1.48
Glicemia	1.50	1.10

Prima di qualsiasi trattamento le albumine sono nei limiti normali; le globuline sono di poco inferiori ai valori fisiologici; le pr. totali sono nei limiti fisiologici; il Q. proteico è aumentato rispetto alla norma. Dopo il trattamento le albumine pur diminuendo restano nei limiti fisiologici; le globuline sono aumentate e rientrano nei valori normali; le pr. totali restano quasi invariate; il Q. proteico rientra nei limiti normali; la glicemia è diminuita.

CASO XIII. — A. S. di anni 45 coniugata casalinga. Diabetica da due anni. Terza combina-

zione di De Giovanni. Peso Kg. 76; Pmx. 140; Pmm 90.

Sost. non. pr.	1.38	1.63
Albumine	4.91	4.49
Globuline	3.44	3.44
Pr. totali	8.35	7.93
Q. proteico	1.42	1.30
Glicemia	2.08	1.42

Prima di qualsiasi trattamento le albumine sono nei limiti fisiologici; le globuline, le pr. totali, il Q. proteico sono anche essi nei valori fisiologici. Dopo il trattamento le cifre restano nei limiti normali, con lievi oscillazioni; la glicemia è diminuita.

CASO XIV. — M. C. di anni 50 coniugata casalinga. Diabetica da dieci anni. Prima combinazione di De Giovanni. Peso Kg. 73; Pmx 140; Pmm 90.

Sost non pr.	1.58	1.68
Albumine	4.50	4.42
Globuline	2.99	2.89
Pr. totali	7.49	7.31
Q. proteico	1.50	1.53
Glicemia	2	1.95

Prima di qualsiasi trattamento e dopo come nel caso precedente.

La glicemia è anche qui diminuita.

Comportamento delle proteine del siero di sangue nel diabete prima del trattamento:

1) *Glicemia.* — Nei 14 casi esaminati la glicemia è oscillata tra 1,20 e 3,60, ma nella maggior parte di essi tra 1,20 e 2,10; in due casi è stata di molto superiore alla norma (8-11) raggiungendo i valori di 2,84 e 3,60.

2) *Proteine totali.* — Nei 14 casi esaminati i valori % delle pr. totali si sono aggirati tra un minimo di gr. 5,18 e un massimo di 10,02; in tre casi (1-7-10) i valori sono stati inferiori alla norma; riguardo alla glicemia nell'1 e 7 è stata 1,25, nel 10 è stata 2,06. In quattro casi (4-6-8-11) i valori sono stati superiori alla norma; qui la glicemia è stata molto alta (2,84-3,60) nei casi 8-11, mentre nel 6 è stata di poco superiore alla norma (1,20) e nel 4 piuttosto elevata (2,10). Negli altri casi i valori sono stati normali, mentre la glicemia è oscillata tra 1,20 e 2,08.

3) *Albumina.* — I valori oscillano tra gr. 3,89 e 8,75; in sei casi sono restati nei valori normali con tasso glicemico non superiore a 2,08. In un caso sono stati al disotto della norma con tasso glicemico di poco superiore alla norma. Negli altri casi i valori sono stati superiori alla norma; tra questi casi si sono trovate le glicemie più alte che corrispondevano ai valori più alti delle albumine.

4) *Globuline.* — In 10 casi i valori % sono stati inferiori alla norma oscillando tra gr. 0.54 e gr. 2,04; nessun rapporto si nota tra globuline e glicemia come si può constatare dal n. 2 in cui ad un valore di 1,67 per le globuline, corrisponde una glicemia di 3,60, mentre nel n. 9 ad un valore di 1,75 per le globuline corrisponde 1,75 di glicemia.

5) *Quoziente proteico.* — In soli tre casi il Q. proteico è restato nei valori normali; negli altri casi è aumentato oscillando tra 2,68 e 7,31 e tra questi solo due (8-4) hanno raggiunto valori molto alti, mentre la maggior parte si è aggirata tra 2,58 e 4,55; nessun rapporto si nota tra Q. proteico e glicemia.

In conclusione si può dire che nei diabetici le albumine assumono valori molto alti e superiori alla norma; le globuline assumono valori bassi e inferiori alla norma; il Q. proteico di conseguenza è aumentato; le proteine totali restano quasi sempre nei limiti normali.

Comportamento della proteinemia dopo cura dietetica ed insulinica:

1) *Glicemia.* — In genere si è avuto giovamento dalla cura dietetica ed insulinica, e, tranne due casi (4-7) in cui si è avuto leggero aumento della glicemia per disordini dietetici dei pazienti, in tutti gli altri casi questa è diminuita. Infatti da 1,20-3,60 prima della cura, è scesa a 1,04-2,27 dopo il trattamento.

2) *Proteine totali.* — Dopo la cura dietetica ed insulinica le pr. totali da gr. 5,18-10,02 % sono passate a 6,19-9,91 %. Dei quattro casi con valori superiori alla norma tre sono rientrati nelle cifre normali; i tre casi con valori inferiori alla norma, pur aumentando i propri valori, non sono rientrati nelle cifre normali; quindi con la cura dietetica ed insulinica ho notato la normalizzazione dei valori che prima erano superiori alla norma, mentre per i valori che prima erano inferiori alla norma si è avuto un aumento, ma non proprio la normalizzazione.

3) *Albumine.* — Dopo la cura dietetica ed insulinica i valori oscillano tra 3,89 e 8,30 %; non superando la maggior parte 5,50 %; dei sei casi in cui i valori erano normali uno (2) dopo la cura li ha superati; il caso con valore superiore alla norma non ha subito modificazioni; dei sette casi con valori superiori alla norma, quattro sono rientrati nei valori normali. Quindi con la cura dietetica ed insulinica ho notato una normalizzazione nel 50 % dei casi che prima avevano valori superiori alla norma.

4) *Globuline.* — Dopo la cura dietetica ed insulinica i valori oscillano tra 1,61 e 3,44;

solo cinque casi sono restati in limiti inferiori alla norma; gli altri stanno nei limiti fisiologici. Quindi dopo la cura ho notato un aumento notevole delle globuline; solo in un caso sono rimaste invariate.

5) *Q. proteico.* — Dopo la cura dietetica ed insulinica il Q. proteico oscilla tra 1,30 e 5,15; solo in un caso, che prima era normale, è aumentato al disopra della norma; in sette casi è diminuito, ma non è rientrato nei limiti fisiologici; negli altri sei casi si hanno valori normali. Quindi con la cura dietetica ed insulinica si è avuta una normalizzazione o tendenza alla normalizzazione del Q. proteico.

Reazione di Takata Ara. — La reazione di T. A. è riuscita negativa in tutti i casi in esame.

CONCLUSIONI.

1) I pazienti con pr. totali normali dal 50 % prima del trattamento sono passati all'80 % dopo il trattamento dietetico ed insulinico.

2) I pazienti con albumine normali dal 40 % prima del trattamento sono passati al 66 % dopo trattamento dietetico ed insulinico.

3) I pazienti con globuline normali dal 33 % prima del trattamento sono passati al 66 % dopo trattamento dietetico ed insulinico.

4) I pazienti con Q. proteico normale dal 20 % prima del trattamento sono passati al 40 % dopo trattamento dietetico ed insulinico.

5) La T. R. prima e dopo trattamento è risultata costantemente negativa.

RIASSUNTO.

L'A. ha praticato la T. R. e ha determinato l'equilibrio proteico in 14 diabetici prima e dopo il trattamento dietetico ed insulinico; ha trovato la T. R. costantemente negativa e l'equilibrio proteico, prima del trattamento più o meno alterato, quasi completamente ristabilito dopo il trattamento.

BIBLIOGRAFIA.

OLIVA e PESCARMONA. *La reazione di Takata-Ara.* Arch. per le Scienze Mediche, 1935.
BERTONI. *La Takata reazione.* Rivista di Fisiologia e Medicina, 1936.
WUTERMANN e LEUTHARD. *Reazione di Takata e frazioni proteiche nel sangue.* Kliniche Wochenschrift, Marzo 1938.
CHAUFFARD e BOUCHARD. *Medicina Interna.*
BROUARDEL e GILBERT. *Trattato di Medicina e Terapia.*
RONDONI. *Biochimica.*
A. DE MARAIS e DA COSTA. *Protides et lipides dans le diabete.* C. R. Soc. de Biol. n. 115.
LABBÉ e BOULIN. *Influence de la therapeutique sur les albumines du sang chez les diabetiques.* Presse Médicale ed. 1931.
SCHASSI. *Il refrattometro ad uso clinico.* Arch. di Pat. e Clin. Medica, 1922.
RATHERJ e M.lle LEVINA. *Les albumines seriques dans le diabete consumptif.* C. R. Soc. de Biol. 1931.
DA RIN e BARENGHI. *Il comportamento della proteinemia nel diabete mellito.* Rass. Clin., 1933-34.
CORBINI. *Il comportamento del quoziente sieroproteine-globuline labili in condizioni normali e patologiche.* Hematologia, 1928.
NITZESCU e CANCIOVOCI. *L'insuline et l'equilibre proteinique du serum sanguin.* Soc. de Biol. de Cluj, Mars 1932.
SCUDERI. *Variazioni delle costanti biologiche del sangue umano nello choc insulinico.* Bioch. e Terapia sperimentale, 1933.
VILLA. *Osservazioni Cliniche e Sperimentali sull'azione dell'insulina, specialmente nel diabete mellito.* Arch. di Pat. e Clin. Medica 1925.
MORO. *Equilibrio proteico del sangue in individui normali e diabetici prima e dopo un periodo di cura insulinica.* Clin. Medica Italiana, 1937.
GAUDIO e DE BLASI. *Azione dell'insulina sul metabolismo proteico dei diabetici.* Policlinico, 1936.
FALTA. *Fegato e diabete.* Medizinische Klinik 1935.
BENEDETTI. *Le Deviazioni della formula proteica del sangue.* Arch. di Pat. e Clin. Medica, 1925.
LABBÉ e BOULIN. *Modifications des albumines du sang au cours du diabete sucrè* Presse Médicale 1931.

NOTE E CONTRIBUTI

ASS. NAZ. PER IL MEZZOGIORNO
ISTITUTO DIAGNOSTICO DI REGGIO CALABRIA.

Le anomalie della sierodiagnosi di Widal di fronte alla clinica.

Dott. PIETRO TIMPANO.

Su questo argomento è opportuno richiamare l'attenzione dei medici pratici, i quali non di rado si trovano imbarazzati a trarre delle conclusioni diagnostiche e terapeutiche dai risultati incerti o contraddittori o addirittura paradossi della sierodiagnosi di Widal e spesso sono indotti a dubitare della diligenza, se non della competenza, degli analisti. Accade, infatti, che una sierodiagnosi di Widal, allestita con ogni accorgimento di tecnica e con materiale di sicura provenienza, possa presentare delle anomalie sia in rapporto al tempo di agglutinazione sia in rapporto alle diluizioni, sia in rapporto alla coesistenza di altre infezioni, sia in rapporto alle cure vacciniche o medicamentose precedentemente fatte.

Giova, pertanto, passare brevemente in rassegna le diverse anomalie e le varie cause di errore della sierodiagnosi di Widal affinchè di fronte al quadro clinico possano essere tenute presenti e giustamente valutate.

Mi occuperò delle sieroagglutinazioni più comuni, ossia del tifo, paratifi, coli e melitense.

Tifo. La sierodiagnosi di Widal negli ammalati di tifo risulta generalmente positiva nella seconda settimana e aumenta d'intensità nella terza e nella quarta settimana. Altre volte risulta positiva fin dai primi giorni. Ciò dipende dalla comparsa più o meno precoce delle agglutinine nel sangue, dalla maggiore o minore quantità di esse, dalle più o meno energiche reazioni di difesa dell'organismo. Per una diagnosi precoce si dovrebbe ricorrere all'emocultura, che nell'80-90 % risulta positiva se si tratta di tifo, o all'esame morfologico della serie bianca — meno costante — per mettere in rilievo la leucopenia con linfocitosi relativa, l'aumento dei granulociti con nucleo a bastoncino, la mancanza dei punteggiati basofili, la scarsezza degli eosinofili.

Vi sono casi nei quali la sierodiagnosi diviene positiva alla fine della malattia. Succede allora che la sierodiagnosi di Widal praticata nella seconda o terza settimana riesce negativa, con un senso di sollievo o di stupore del medico curante, il quale o aveva pensato ad altra malattia o era certo che clinicamente si doveva trattare di tifo. Una nuova sierodiagnosi praticata alla fine della terza settimana o nella quarta settimana rende evidente l'agglutinazione del bacillo di Eberth e allora l'analista che aveva eseguito solo la prima sierodiagnosi difficilmente si salva dall'appunto di negligenza o di difetto di tecnica. In simili casi o si tratta di forme leggere di tifo, nelle quali le agglutinine sono scarse, per l'attenuata virulenza dei bacilli o per la più valida reazione dell'organismo, oppure di casi gravi, nei quali le reazioni generali e specifiche si dimostrano insufficienti. Questo comportamento della sierodiagnosi avrebbe un discreto valore prognostico. In generale si può dire che se l'agglutinazione è negativa dopo due settimane di malattia non si tratta di tifo.

In alcuni casi, più rari invero, le agglutinine non raggiungono per tutto il corso dell'infezione quel tasso capace di determinare l'agglutinazione e allora si pensa all'influenza, alla dispepsia, ecc. Per la certezza diagnostica anche qui sarebbe indispensabile l'emocultura. Ma intanto non c'è da temere alcun danno per l'ammalato, che lentamente guarisce, data la mitezza dell'infezione, e nessun appunto per il medico curante e per l'analista.

Ve ne sono altri nei quali l'agglutinazione non si verifica nelle diluizioni più basse ma solo nelle diluizioni più alte. È la cosiddetta *agglutinazione paradossa*. Se un analista preparasse soltanto agglutinazioni da 1:25 a 1:100 potrebbe concludere, in vista della mancata agglutinazione, per una sierodiagnosi negativa. Ma se per caso il sangue venisse mandato, o contemporaneamente o qualche giorno dopo, ad un'altro analista, il quale allestisse delle diluizioni in serie fino alle diluizioni più alte, potrebbe darsi che l'agglutinazione si verificasse proprio nelle diluizioni più alte e il medico rimanesse sorpreso della disparità del giudizio sierodiagnostico.

Vi sono, poi, agglutinazioni che presentano delle zone mute, ossia in una della serie di diluizioni, alta o bassa, manca il fenomeno dell'agglutinazione.

Non è facile stabilire la causa, ma il fatto si può verificare e rappresenta un'altra anomalia della sierodiagnosi di Widal.

Queste scoperte della sierologia sono legate notoriamente al nome di D. De Blasi.

Riguardo al valore diagnostico dell'agglutinazione nelle diverse diluizioni si può dire, come regola generale, che l'agglutinazione positiva alla diluizione 1:25 ha poco valore perchè può verificarsi in altre malattie (tubercolosi, polmonite, malaria, itterizia catarrale, ecc.) e in soggetti colpiti da infezione tifoide in epoca più o meno lontana.

Un'agglutinazione alla diluizione 1:50 ha maggior valore e può autorizzare a far diagnosi d'infezione tifoide. Ma vi sono casi nei quali anche l'agglutinazione alla diluizione 1:50 e perfino 1:100 non sono sicuramente probative.

Il medico che credeva, per es., di curare un tifo si accorge, a un certo punto, di trovarsi di fronte a una tifo-bacillosi.

Degno di nota è pure il comportamento della sierodiagnosi di Widal dopo le vaccinazioni specifiche. Le agglutinine che si formano dopo la vaccinazione permangono a lungo nell'organismo. In questi casi, che sono purtroppo frequenti, bisogna stabilire se si tratta di agglutinazione dovuta alle pregresse vaccinazioni o di agglutinazione di gruppo o di una vera e propria infezione associata. Il tumore di milza si può osservare anche due mesi dopo le vaccinazioni e non avrebbe un valore decisivo.

La leucopenia spiccata con linfocitosi relativa ed assenza di eosinofili, l'aumento notevole di nuclei a bastoncino, la mancanza di punteggiati basofili, ci farebbero orientare

verso l'infezione tifoide se si riscontrassero ancora dopo una ventina di giorni dall'ultima iniezione di vaccino. Per dare un responso esatto bisognerebbe in simili casi ricorrere a diversi accertamenti: all'esame morfologico del sangue, all'emocultura, alla prova di Castellani o bisognerebbe almeno ripetere la sierodiagnosi dopo 4-8 giorni, perchè le agglutinine nell'infezione tifosa aumentano sempre più e il fenomeno dell'agglutinazione diventa sempre più intenso. Si potrebbe utilizzare, sebbene non sia costante, anche il segno osservato da Friedberger, ossia la comparsa di un arrossamento o di una dolorabilità al punto dell'iniezione di vaccino dopo l'insorgenza del tifo.

Vi è, infine, la possibilità che il ceppo di tifo adoperato per l'agglutinazione non sia agglutinabile. D. De Blasi ha dimostrato, in un suo lavoro sulla diversa agglutinabilità degli stipiti di b. tifico e sua importanza nella sierodiagnosi, come non tutti gli stipiti di b. tifico specificatamente agglutinabili posseggano il medesimo grado di sensibilità verso i sieri dei tifosi e come qualcuno di tali stipiti possa essere del tutto o quasi insensibile. Ciò accade molto raramente, ma è bene ricordarlo, perchè rappresenta un'altra causa involontaria di diagnosi errata.

Il potere agglutinante dei sieri varia col variare della virulenza del bacillo di Eberth, col variare della quantità di agglutinine, col variare della resistenza organica, con la coesistenza di altre infezioni e colla diversità del ceppo, sebbene quest'ultima evenienza, come si è detto, sia molto più rara.

Tutte queste anomalie della sierodiagnosi del tifo anzichè costituire dei motivi per dubitare della esattezza delle ricerche, come spesso avviene, e chiedere nuovi responsi a diversi laboratori dovrebbero stimolare il medico pratico a richiedere allo stesso analista che ha eseguito la prima sierodiagnosi, specialmente quando gli è nota la competenza tecnica e l'efficienza del laboratorio, di ripetere la prova e di consigliare, se del caso, altri accertamenti, informandolo della discordanza verificatasi nei confronti del quadro clinico che presenta la malattia. Da una più stretta collaborazione fra la clinica e il laboratorio e dalla conoscenza delle anomalie che talvolta presenta la sierodiagnosi di Widal si può giungere a scoprire la verità con minore perdita di tempo, con minore spesa, con maggiore soddisfazione del medico curante e dell'ammalato.

Paratifo. Valgono, in generale, per i paratifi i rilievi fatti a proposito dell'agglutinazione del bacillo di Eberth. I paratifi sono germi affini al bacillo tifico ma non identici. La loro agglutinabilità è molto più spiccata quando vengono a contatto col siero di individui affetti da paratifo, mentre è scarsa o manca in presenza di siero di individui affetti da tifo.

A diluizioni basse i paratifi possono essere agglutinati dal siero normale molto più facilmente del bacillo di Eberth. Accade non di rado che il paratifo A, meno virulento del paratifo B, non produca agglutinine nel sangue dei malati ovvero ne produca in piccola quantità e verso la fine della malattia, per cui una sierodiagnosi praticata nel primo periodo darebbe esito negativo, mentre una sierodiagnosi praticata nel periodo finale darebbe risultato positivo.

Quando si sospetta un'infezione tifica o paratifica, non conviene chiedere la sierodiagnosi per un solo germe patogeno, ma per il tifo e i paratifi insieme, affinchè l'analista abbia l'opportunità di saggiare le diverse agglutinazioni per poter stabilire, nei casi dubbi, una diagnosi esatta.

Coli. Il bacterium coli è uno dei più polimorfi ed esistono vari ceppi, per cui l'agglutinazione non sempre è sufficiente per l'identificazione del germe ed è necessario ricorrere all'esame culturale.

Se il ceppo è omologo a quello del sangue in esame si avrà una sierodiagnosi nettamente positiva, altrimenti riuscirà negativa o dubbia. Invece i vari ceppi di tifo, come pure quelli di paratifo A e B, rappresentano, dal punto di vista dell'agglutinazione, un gruppo più omogeneo, per cui il siero di sangue di un tifoso conserva di solito la sua proprietà agglutinante verso qualsiasi stipite di bacillo di Eberth.

Anche il bacterium coli può essere agglutinato dal siero di sangue di individui sani a diluizioni basse. In questo caso l'analista che concludesse per la positività della sierodiagnosi alle semplici diluizioni di 1:25, 1:50, commetterebbe un errore, mentre non dovrebbe essere ritenuto sbagliato il responso dell'analista che non avesse tenuto conto delle agglutinazioni positive alle medesime diluizioni.

Micrococco melitense. L'agglutinazione del micrococco melitense è delle più irregolari. Nel corso della malattia essa può variare sensibilmente e può accadere altresì che un siero normale o di un individuo affetto da tubercolosi, da febbre tifoide, da tifo esantematico, ecc., possa agglutinare il micrococco melitense. Inoltre i vari ceppi di metilense rea-

giscono diversamente alle agglutinine esistenti nel sangue dell'ammalato e queste stesse agglutinine, dopo che si sono formate, non scompaiono completamente se non dopo parecchi anni. E allora nella pratica si verifica spesso il fatto che in un individuo con infezione paratifica leggera la sierodiagnosi fatta nei primi giorni dimostra un'agglutinazione positiva per il m. melitense e non per il paratifo e la sierodiagnosi, ripetuta dopo due o tre settimane, dimostra un'agglutinazione positiva per il paratifo e per il m. melitense.

In generale bisogna considerare positive le agglutinazioni a diluizioni alte: 1:500, 1.1000.

Vi sono dei casi nei quali la presenza di agglutine antitifo-paratifiche nel sangue, dovute alle pregresse vaccinazioni, impedisca in un primo periodo l'agglutinazione del m. melitense, che rappresenta la vera causa della malattia. Il medico persiste nella cura del paratifo senza riuscire a stroncare la febbre. Dopo qualche mese la sierodiagnosi si mantiene identica, ma l'agglutinazione per i paratifi non è aumentata d'intensità. Finalmente una terza sierodiagnosi praticata al 2° o 3° mese da altro analista mette in evidenza l'agglutinazione per il m. melitense, non ostante che persista l'agglutinazione per i paratifi a diluizioni presso a poco uguali alle precedenti. È la brucellosi, dunque, la vera malattia, che scomparirà in seguito con le cure adatte.

Se a praticare le tre sierodiagnosi fosse stato un solo analista si sarebbe ottenuto il medesimo risultato e si sarebbero avute in più le opportune spiegazioni riguardo all'anormale comportamento dell'agglutinazione durante il lungo decorso della malattia.

Come ho già accennato, vi sono diversi stipiti di melitense e vi sono anche i cosiddetti *paramelitensi*, per cui nella pratica un siero di sangue è capace di agglutinare un ceppo piuttosto che un altro o di non agglutinare alcuno o, infine, di dar luogo all'agglutinazione paradossa.

Conviene, da ultimo, ricordare che qualche volta una sierodiagnosi di Widal riesca positiva ad alto titolo per il tifo o per la melitense, ecc. e che l'ammalato, nel corso della malattia, presenti i sintomi di una infiltrazione specifica polmonare o di una pielite o di altro processo morboso, per cui il medico rimane sorpreso o incredulo della positività della sierodiagnosi di Widal. Orbene, quando la sierodiagnosi è riuscita positiva ad alto titolo e non vi è stata alcuna vaccinazione, non vale ad infirmarla la presenza di altra malattia. Significa che o il tifo avrà risvegliato, per es., un focolaio tubercolare latente oppure una lues o avrà facilitato l'insorgenza di una pielite o di una pleurite, ecc. Si tratta, insomma, della coesistenza di due malattie. La cura opportuna, infatti, dell'una e dell'altra contemporaneamente ne darà la piena conferma.

Questi casi, pur non determinando alcuna anomalia nella sierodiagnosi di Widal, possono indurre il medico a non credere alla infezione che la sierodiagnosi aveva messo in evidenza ovvero a ritenerla di poco o nessuna importanza.

Conclusione. Le anomalie della sierodiagnosi di Widal, di cui ho cercato di passare in rassegna le più comuni e le più importanti, sono spesso, come ho già detto, causa di disorientamento e di diffidenza da parte del medico curante. Tuttavia sono, il più delle volte, facilmente eliminabili. Si tratta di non abbandonarsi ciecamente al laboratorio; di non correre da un laboratorio ad un'altro, ma di comprendere più serenamente i rapporti che corrono fra clinica e laboratorio. Vi sono casi nei quali la sierodiagnosi non è possibile senza determinate ricerche microscopiche o sierologiche o biologiche. Ebbene, è il medico che deve consigliare queste ricerche e informare l'analista, quando il primo risultato non ha portato elementi sufficienti di giudizio o sembra addirittura contradditorio. Lo stesso analista avrà maggiore interesse a ripetere la prova o a istituire delle nuove, e saprà tener conto sia delle notizie fornitegli dal medico, sia dei possibili errori di valutazione, sia delle anomalie sopra esposte e praticherà i nuovi esami con quelle modalità che varranno a chiarire, fin dove è possibile, l'interpretazione del caso clinico dubbio. Così sarà più agevole al medico pratico curare un tifo o un paratifo o una brucellosi, come clinicamente l'ha accertato, senza che sorgano a turbare la sua coscienza e la tranquillità dell'ammalato e della famiglia, spiacevoli sorprese o amare diffidenze di fronte alla prima indagine non soddisfacente. Conscio dell'opportunità di ripetere le ricerche, si ricorderà delle varie cause che possono rendere incerto il risultato e collaborerà col medesimo analista per arrivare, più presto che sia possibile, alla diagnosi esatta.

Ripeto che al laboratorio non si deve chiedere più di quanto può dare. Il risultato di una ricerca è una guida preziosa per il medico pratico ma non ha sempre un valore assoluto. Bisognerà spesso spiegare il reperto di certe analisi per poterlo ben valutare di fronte alla clinica. Oggi il laboratorio dà alla

clinica contributi veramente grandi e più li darà per l'avvenire, ma la clinica non dovrà perdere nulla del suo nobile quotidiano esercizio e del suo alto rendimento.

RIASSUNTO.

L'A., passate in rassegna le anomalie della sierodiagnosi di Widal e le varie cause di errore, rileva la necessità di tenerle presenti nel formulare il giudizio diagnostico e avvisa ai mezzi più pratici per chiarire le sierodiagnosi dubbie.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale Civile di Chieti - Reparto Chirurgico

Megaesofago - Operazione di Heller (*).

Prof. Sertorio Marinacci,
primario chirurgo, direttore.

L'affezione va sotto nomi diversi: megaesofago, cardiospasmo cronico, dilatazione idiopatica dell'esofago: si tratta di una dilatazione uniforme a forma di clava dell'esofago nella sua parte inferiore, al quale reperto corrisponde una caratteristica sintomatologia clinica. I concetti relativi alla patogenesi possono essenzialmente riportarsi a due teorie: la teoria dell'occlusione spasmodica del cardias, la teoria dell'atonia primitiva della muscolatura esofagea.

Il Mikulicz sostiene la teoria dello spasmo: chiuso il cardias da uno spasmo cronico, spasmo che non cede avanti al bolo alimentare, si produce di conseguenza un aumento di lavoro da parte della muscolatura esofagea, una ipertrofia della muscolatura, e poi un'insufficienza e dilatazione del condotto.

Molto meno numerosi sono i partigiani della teoria dell'atonia primitiva della muscolatura esofagea: non si ha mai dilatazione diffusa e se se ne trova qualche caso insieme a dilatazione c'è ipertrofia: la causa della dilatazione non sarebbe che un'occlusione dinamica, dovuta a un vizio di coordinazione motrice del cardias: l'orificio si apre sotto l'influenza di un riflesso partito dalla mucosa esofagea: se il riflesso viene a mancare il cardias resta fermo.

Il Bard a ragione sostiene che l'ipotesi di un difetto di coordinazione motrice cade se si considerano i caratteri clinici ben netti della malattia: inizio lento, insidioso, decorso progressivo, regolare, costanza perfetta dei disturbi disfacici: ora una malattia così uniforme, così regolarmente simile a sè stessa deve essere un'entità autonoma, unica, e non una sindrome provocata da una serie di affezioni diverse che possono originarsi da ogni parte dell'arco riflesso: mucosa esofagea, filetti centrifughi del vago, apparecchio neuro-ganglionare del cardias, centro cerebrali.

Se si avvicina la dilatazione dell'esofago, alla dilatazione di altri organi, come il colon, il retto, la vescica, la concezione di una dilatazione senza ostacolo, senza atonia, senza paralisi, appare semplice e chiara: si può parlare di un megaesofago, come si parla di un megaretto, di un megacolon, di una megavescica. Il Bard ritiene si tratti di una dilatazione idiopatica dell'esofago di origine congenita: l'esofago diviene impotente a resistere alla pressione normale: la malattia per molto tempo può rimanere senza manifestazioni, che compaiono quando l'organo interessato subisce deformazione, gomitature secondarie, nei movimenti di estensione progressiva.

Sebbene siano state eseguite numerose ricerche sperimentali, non si è dimostrato che una lesione dell'innervazione vago-simpatica possa perdurare così a lungo da causare una durevole e cospicua dilatazione esofagea: sono tuttavia da segnalare le esperienze della scuola medica di Tokio (Tamiya, Shigensano, Kawashima, Inada, Fazimura, ecc.) e quelle di Rieder, di Marsigli, Agrifoglio e altri. Alcuni risultati possono avvalorare l'ipotesi di una mancata apertura riflessa del cardias (Achalasia di Herlz) e spiegare qualche caso del cosidetto spasmo cardiale transitorio, che in realtà sarebbe più di chiusura tonica che spastica, e qualche reperto clinico osservato nella tabe.

Secondo il Lusena, rimanendo nel campo dell'osservazione clinica, si possono ammettere tre gruppi di dilatazioni. Nel primo gruppo sono comprese le modiche dilatazioni dovute a cardiospasmo: questi casi non sono permanenti e sono più di spettanza dell'internista che del chirurgo. Nel secondo gruppo il Lusena considera il megaesofago da stenosi cicatriziale del cardias, per solito da ulcere pregresse — in casi non frequenti la dilatazione può esser secondaria a stenosi anulare neoptastica (Busi). Nel terzo gruppo sono compresi tutti i numerosi casi di mega-esofago, interessante la parte media e inferiore del segmento toracico e quindi a sede sopradiaframmatica; in questi casi si deve ammettere che la dilatazione sia secondaria a una stenosi dello iato: l'esofago sottodiaframmatico non presenta alterazioni di calibro, anzi in alcuni casi l'esofago addominale fu riscontrato meno ampio del normale.

(*) Il caso fu comunicato al XLIII Congresso di Chirurgia. Roma, ottobre 1936, XIV.

*

La patogenesi dei casi compresi in questo gruppo deve riportarsi a una malformazione anatomica congenita dello iato, riferibile probabilmente alla miogenesi del diaframma primitivo: l'esofago rimarrebbe costretto in questa sua posizione fissa, ove verrebbe a formarsi una stenosi valvolare.

Il Simonson ha potuto radiologicamente stabilire i caratteri del mega-esofago: *a)* dello stadio iniziale rappresentato clinicamente da rari e transitori disturbi della deglutizione e con reperti di intercorrente sosta nello iato, con modica dilatazione esofagea e poi di attiva peristalsi; *b)* quelli di un secondo stadio, con disturbi più insistenti e con sosta durevole allo iato, mentre la dilatazione epifrenica assume la forma a clava e la peristalsi si indebolisce; *c)* quelli del terzo stadio con ristagno grave, con evidente dilatazione e tortuosità dell'esofago e assenza di peristalsi (atonia).

Per alcuni chirurghi, specialmente, francesi, più che una lesione dello iatus è una lesione, un restringimento esofageo situato in basso, accompagnato da dilatazione esofagea soprastante detta megaesofago. Le lesioni anatomopatologiche di queste stenosi organiche sono le seguenti: la sede del restringimento è agli ultimi centimetri dell'esofago, alla sua unione col cardias: la sua lunghezza è di 4 o 5 cm.: la forma è quella di un anello fibroso, che non sorpassa in alcuni casi il calibro di un indice: non aderisce all'orificio diaframmatico, ciò che permette la sua liberazione, mobilizzazione, abbassamento, prova che si deve agire non sulle fibre del diaframma ma sull'esofago stesso: per di più la mucosa esofagea non partecipa alla sclerosi, persiste il piano di clivage, fra strato fibroso e mucoso onde la possibilità di aprire uno strato senza aprire l'altro.

Il Taddei ritiene che in molti casi di megaesofago esiste un ostacolo in corrispondenza dell'orificio esofageo del diaframma (fibre di Rouget Ionnesco), egli ha eseguito la liberazione del contorno dell'orificio diaframmatico dell'esofago (esofagofrenolisi sottodiaframmatica).

Per il trattamento della lesione vi è un fatto preciso da segnalare: alcuni cardiospasmi (la parola non è esatta) alcuni restringimenti esofagei accompagnati da dilatazione esofagea soprastante, non guariscono con la dilatazione e lavaggi esofagei: sono casi ribelli, casi antichi, troppo gravi, nei quali la stenosi dapprima spasmodica intermittente, benigna è diventata organica, continua sempre più intensa.

È interessante passare in rivista i diversi metodi proposti per curare l'affezione di cui ci occupiamo.

Fra i mezzi incruenti, la dilatazione che può essere lenta o brusca. La dilatazione lenta consiste nel praticare ogni mattina il cateterismo con l'aiuto di sonde di gomma di volume progressivamente crescente. La dilatazione brusca si fà con istrumenti di cui si può aumentare rapidamente il volume, sia con sonde rigide con l'estremità fornita di un palloncino in catgut insufflabile (sonda di Schrerber), sia con sonde che hanno l'estremità divise in bendellette che si possono divaricare con un meccanismo esterno, (dilatatore di Abran). Si adoperano molto le sonde del Trottstein e i divulsori di Brünings e di Starck che agiscono sulla parte ristretta. Sia rapida che lenta, la dilatazione del cardias presenta difficoltà e può cagionare danni: più sicura e benigna diventa sotto il controllo dell'esofagoscopio: si è anche praticato l'elettroterapia.

Si deve però riconoscere che il sondaggio dilatante o meglio iperdilatante, è utile nella grande maggioranza dei casi.

Il Lusena da molti anni adopera il divulsore di Stark ed ha efficacemente curato alcune decine di casi: ha potuto anche distanziare di molti mesi le sedute dilatanti colla conservazione dei buoni risultati ottenuti: le più importanti statistiche come quelle di 700 casi curati nell'Istituto di Mayo, confermano la bontà del metodo. Nei casi, gravi alla cura dilatante, si può far precedere il riposo relativo dell'esofago ottenuto colla nutrizione artificiale mediante la sonda e protratta per almeno un mese: si evita il ristagno e, se la muscolatura è ancora valida, si ottiene una sensibile riduzione della capacità esofagea, controllabile coll'indagine radioscopica; il lavaggio della parte dilatata può recare spesso notevole vantaggio. Vi sono casi di sondaggio molto difficile con decadimento rapido della nutrizione, nei quali è indicata la gastrostomia, che provvede all'introduzione degli alimenti e al riposo dell'esofago migliorando le condizioni. La gastrostomia può permettere un successivo sondaggio perorale: e quando questo non sia possibile può permettere il passaggio del filo conduttore, atto a permettere il sondaggio senza fine alla v. Hacker: il filo conduttore può facilitare anche l'introduzione del divulsore di Brünings o di quello di Starck per via orale, o di quello più recente di Einhorn, che trova impiego per via retrograda — può inoltre permettere l'intubazione retrograda proposta da V. Mikulicz.

Altro metodo di cura è la divulsione retrograda, digitale o strumentale praticata direttamente, o quella digitale coll'invaginazione gastrica. Il Loreta (1884) fu il primo a praticare la divulsione strumentale del cardias nelle

stenosi cicatriziali: venti anni dopo fu applicato il metodo del Loreta, dal v. Mikulicz nelle stenosi spastiche.

Il Mikulicz eseguiva la divulsione brusica del cardias con l'aiuto di una mano introdotta nello stomaco aperto largamente con gastrotomia: sotto la guida dell'indice, introduceva nel cardias una pinza curva con le branche rivestite di tubi di gomma, poi apriva la pinza e la ritirava, dilatando fortemente la branche, tale manovra si ripeteva due o tre volte: è un'operazione brutale, cieca, che espone a lacerazioni della mucosa e per conseguenza a infezione di cui non è possibile misurare la gravità.

Nel 1906 il Rotgans, seguendo il metodo preconizzato da Palasciano (1858) di dilatazione coll'invaginamento delle stenosi intestinali, praticò la divulsione del cardias invaginando la parte gastrica senza aprire lo stomaco, metodo poi praticato da Wakelay, da Kummell e dal Lusena in un caso.

La cardioplastica, derivata dalla piloroplastica alla Mikulicz, extramucosa (Trottstein) o totale, è stata eseguita per via addominale, resecando il bordo costale e tirando nell'addome una notevole porzione di esofago toracico, è stata eseguita per via transpleurica resecando la 8ª e 9ª cost., attraverso il mediastino posteriore. Gl'interventi per via toracica sono lunghi, minuziosi, estenuanti; per di più i malati sono deboli, senza riserve, con resistenza minima.

Ricorderò appena il metodo di resezione esofago-gastrica (cardiectomia) praticata dal Bier.

Le operazioni di derivazioni, operazioni che hanno lo scopo di girare intorno all'ostacolo, stabilendo un'anastomosi larga tra la porzione dilatata dello esofago e la grossa tuberosità dello stomaco: l'operazione è stata eseguita per lo più per via addominale, qualche volta per via transpleurica.

Altri interventi sono stati proposti od eseguiti.

Iasse propose di restringere l'esofago escidendo un lembo della parete, partendo dal concetto che si trattasse di una « atonia primitiva ».

Ressinger praticò dapprima una gastrostomia; in secondo tempo aprì il mediastino, resecando la 4ª, 5ª, 6ª costola d.; messo a nudo l'esofago escisse un lembo di 15 cm. di lunghezza e 2,3 di larghezza, e suturò con due piani di sutura: il risultato fu eccellente.

Meyer eseguì una toracotomia transpleurale e restrinse l'esofago con due piani di sutura su una sonda introdotta nella bocca esofagea.

Laayer nel 1912 eseguì il drenaggio transtoracico dell'esofago dilatato: resecò la parete costale, aprì la pleura fissando alla pleura parietale, poi apertura e drenaggio dell'esofago dilatato.

Questi in sintesi i metodi proposti per curare il megaesofago.

L'operazione di Heller è una esofagotomia, ma la sua caratteristica principale è che essa si esegue per via addominale; rimane extramucosa, cioè non presenta i pericoli e i danni dell'apertura del lume esofageo, ove ristagnano e vanno in putrefazione i residui alimentari: l'operazione ha analogia con la pilorotomia extramucosa di Fredet, nella quale si tratta di incidere uno sfintere ipertrofizzato, mentre nell'operazione di Heller, s'incide un manicotto fibroso.

Passo a descrivere brevemente la tecnica dell'operazione di Heller.

L'anestesia può essere scelta a piacere: consigliabile la narcosi generale che dà un completo rilasciamento, e una calma completa del malato, elementi molto favorevoli nell'esecuzione dell'operazione in un campo profondo: il malato deve esser reclinato mediante un cuscino posto in corrispondenza della base del torace; con questa forte inclinazione e con un'incisione sopraombellicale mediana che arrivi sino all'appendice xifoide, colla breccia laparatomica divaricata, si presenta nettamente alla vista la cupola diaframmatica ove appunto si deve operare: l'incisione mediana è la meno lesiva, la più adatta, superiore alla paramediana sinistra, alla resezione temporanea o definitiva del bordo costale sinistro.

Il fegato deve essere ben sollevato con una larga spatola o con un divaricatore, affidato al secondo assistente: può esser utile la sezione del legamento rotondo, per sollevare meglio verso l'alto il bordo anteriore del fegato. Si abbassa lo stomaco, per lo più flaccido, ptosico, e allora si espone nettamente la regione celiaca, ricoverta dal peritoneo parietale posteriore: questo foglietto si continua in alto col legamento triangolare sinistro del fegato e ricovre la faccia anteriore della porzione terminale dell'esofago. Questo foglietto sieroso si solleva in plica con una pinza e si incide con le forbici da destra a sinistra, in corrispondenza dell'impianto dell'esofago allo stomaco: inciso completamente il foglietto avascolare, cioè in tutto il suo spessore, ci troviamo immediatamente nel piano di clivage ove si procede all'isolamento dell'esofago: facendo dolce trazione sull'esofago, si completa l'isolamento dell'esofago dallo iato diaframmatico con tampone montato su Klemmer: l'isolamento è piuttosto agevole e riesce ad attrarre nell'addome la porzione ristretta dell'esofago sino a che non si arriva al calibro normale: la porzione ristretta appare del volume di un dito: la zona stenotica si estende per 6 o 7 cm. poi si passa nell'esofago normale. Non rimane che fare l'esofagotomia extramucosa: fra i processi proposti il più adatto è quello di Delbet: piccolo sbrigliamento dello stomaco in zona sana, sino alla sottomucosa, quindi si introduce una sonda scanalata che scivoli verso l'alto fra il ma-

nicotto fibroso e la mucosa che si lascia scollare, perchè, dato anatomico essenziale, la sottomucosa non è attaccata dal processo di sclerosi: la sonda s'introduce lentamente e la si fa procedere dolcemente scollando con piccoli movimenti di lateralità; sulla guida si seziona tutto il manichetto fibroso, ma forse è preferibile fare la sezione a più riprese, via via che si fa procedere la sonda il pericolo consiste nella lesione della mucosa, pericolo che deve essere evitato: in genere non vi sono vasi da legare: basta il solo sbrigliamento anteriore.

Non vi è da fare alcuna sutura, nè esofagea, nè peritoneale; si riunisce il legamento rotondo, si sutura la parete.

Il miglioramento è sorprendente: il malato può nutrirsi sin dal primo giorno, senza il rigurgito e il senso d'intoppo del giorno prima, il decorso post-operatorio è dei più semplici e normali.

Espongo ora brevemente un caso da me osservato e operato.

D. V. A., di anni 20, di Pasquale da Chieti.

Entra in ospedale il 6-10-35. Padre e madre viventi e sani: nulla nei collaterali, ha tre fratelli in buona salute.

Nulla nell'anamnesi remota. La presente malattia risale a 10 anni fa, epoca in cui il malato incominciò ad avvertire un senso di fastidio alla gola, nel deglutire, fastidio che si dileguava col bere un po' d'acqua; il disturbo è poi andato lentamente crescendo, ora più ora meno accentuato; da qualche mese i sintomi sono divenuti più intensi, la deglutizione è divenuta impossibile: dopo pochi minuti dall'ingestione, rigurgito di cibo assolutamente immodificato: per questi gravi disturbi il malato entra in ospedale.

L'esame obbiettivo è del tutto negativo. L'esame radioscopico e radiografico dimostrano l'esofago ingrandito deformato: da esso, nella parte terminale, parte un'ombra molto sottile, che attraverso il diaframma si dirige allo stomaco.

Operazione (8 ottobre 1935). Etero-narcosi, reclinazione del malato, incisione mediana che parte dall'appendice xifoide per 10-12 cm. si applica un divaricatore: con una valva si sposta in alto il fegato, con una pinza a occhiello si trae in basso lo stomaco: si incide in senso trasversale il peritoneo parietale posteriore in corrispondeza del cardias; quindi con tamponi montati si scolla tutto intorno all'esofago che piano piano viene attratto nella cavità addominale per 6 o 7 centimetri sino cioè a che appare l'esofago nel suo calibro normale: quindi secondo la tecnica suggerita dal Delbet si procede alla esofagotomia extramucosa, cominciando dallo stomaco, incidendo cioè la sierosa e la muscolare gastrica al limite fra esofago e stomaco; quindi si fa scorrere la sonda fra sottomucosa e mucosa esofagea, con cautela per non aprire la mucosa, e si incide progressivamente tutto il tessuto fibroso che come un manicotto strozza l'esofago: qualche laccio emostatico, non si fa alcuna sutura; si sutura a tre strati la parete addominale.

Il decorso fu dei più normali; sin dal giorno successivo fu possibile l'ingestione di liquidi, e quindi successivamente di cibi solidi: il malato è aumentato di peso, ha ripreso il suo lavoro ordinario, senza avvertire più alcun disturbo e da un anno e più dall'intervento le sue condizioni si mantengono sempre ottime.

Il Lusena nel 1932 riportava 42 casi di operazioni di Heller sino allora praticate: i casi operati in Italia non sono tutti a me noti: ricorderò cinque casi operati da Pieri, sempre con successo, un caso operato da Ettorre anche con esito del tutto favorevole, uno di Cermenati anche esso guarito bene.

Ritengo perciò, e credo di interpretare anche il parere dei colleghi che hanno praticato l'operazione di Heller, che sia il processo da seguire nell'affezione di cui ci occupiamo: la tecnica è delicata ma non offre speciali difficoltà; è da evitare l'apertura della mucosa che può esporre il malato a gravi rischi, sebbene, se essa è tecnicamente suturata, può non presentare conseguenze.

RIASSUNTO.

L'A. espone brevemente la patogenesi dell'affezione, accennando alle teorie, e passa in rassegna i diversi metodi adoperati per la cura. Descrive poi l'operazione di Heller, che egli ha eseguito in un caso di sua osservazione e conclude per la praticità del metodo che rappresenta la via giusta da seguire in simile affezione.

AUTORI CONSULTATI.

R. SOUPAULT. *L'esofagocardiotomia extramucosa.* Journal de Chirurgie, Tome XLI, N. 5, Mai 1933.
G. LUSENA. *La chirurgia dell'esofago.* Société Internationale de Chirurgie, IX Congrès, Madrid, mars 1932.
G. PIERI. *Sulla cura chirurgica del cardiospasmo.* Estratto dalla « Riforma Medica », n. 31, 1936.
E. ETTORRE. *Sulla cura chirurgica dell'acalasia dell'esofago.* Estratto da « Atti e Memorie della Società Lombarda di Chirurgia », vol. IV, n. 11.
D. TADDEI. *Nuove note e lezioni di Chirurgia pratica,* Editore Luigi Pozzi, Roma.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI DI DIO IN FIRENZE

Ulcera gastrica. Emorragia e perforazione concomitanti. Resezione, rapida guarigione [1].

G. CAVINA, chirurgo e direttore.

Emorragia e perforazione sono le più comuni e gravi complicanze dell'ulcera gastrica e duodenale, ed anche dell'ulcera peptica postoperatoria. Assai difficile riesce stabilire quale delle due sia più frequente. Vi sono tuttavia degli elementi per ammettere che la perforazione lo sia più dell'emorragia, senza che se ne conoscono esattamente le ragioni.

Riguardo alla sede dell'ulcera, il primato nell'un caso e nell'altro sembra spettare al-

(1) Comunicazione fatta all'Accademia Medico-Fisica Fiorentina nell'Adunanza del 22 dicembre 1938.

l'ulcera duodenale, per quanto non poche incertezze derivino dall'esame delle statistiche, sopratutto per il fatto che, specie in passato, da molti chirurghi nel novero delle ulcere gastriche venivano comprese quelle « piloriche » considerate invece da altri nella massima parte come duodenali. Ad ogni modo, per citare solamente alcuni dati statistici della Clinica Mayo, non sarà inutile ricordare che nel 1927 Balfour pubblicava che su 1072 casi di ulcera duodenale operati, 184 avevano presentato emorragie importanti, cioè il 18 %, mentre le ulcere gastriche si erano accompagnate a grandi emorragie nel 20 % dei casi. Però alcuni anni dopo, nel 1932, lo stesso Balfour affermava che l'emorragia ricorre in circa il 25 % delle ulcere duodenali. Riguardo alla perforazione acuta, sempre secondo la esperienza della Clinica Mayo, nell'ulcera duodenale avverrebbe invece nel 28 % dei casi, nell'ulcera gastrica nel 22 %.

Ma tutte queste cifre hanno un valore molto relativo, perchè non contemplano i casi di emorragia e di perforazione non operati, nè quelli mortali, i quali ascendono a cifre altrettanto cospicue se non superiori. Secondo Papin (42° Congrès français de Chir., 1933) la mortalità nelle grandi emorragie trattate con cure mediche è da calcolarsi pari al 15-20 %, mentre i casi di perforazione non operati ad esito letale secondo Zitronblatt ascenderebbero al 44 % del totale delle perforazioni.

La coincidenza delle due complicazioni — emorragia e perforazione — è un'eventualità raramente osservata, intendendo, ben inteso, parlare qui di emorragie importanti e profuse. In realtà, l'esperienza clinica ha dimostrato che l'ulcera perforata raramente sanguina, mentre quella sanguinante raramente si perfora. « Perforated ulcers rarely bleed. Bleeding ulcers rarely perforated ». Questo aforisma che sembra quasi un bisticcio di parole, è stato enunciato da un chirurgo americano, il Behrend (*J. Am. med. Ass.*, 1930, vol. 95, pag. 1889) il quale ha ricercato in fatti d'ordine anatomico e fisiopatologico le cause di questo singolare comportamento dell'ulcera complicata. Il Behrend fa notare che le perforazioni il più sovente si verificano nella zona piloro-duodenale che è male vascolarizzata, con arterie sottili e praticamente terminali, per cui non si possono avere qui emorragie abbondanti. Al contrario, le ulcere sanguinanti raramente si perforano perchè sono assai spesso superficiali, interessano solo la mucosa e non sono sempre bene localizzate. A volte, anzi, è impossibile rintracciare la sorgente dell'emorragia; tutta la mucosa sembra essere in uno stato congestizio, per cui sanguina al minimo tocco. E questo in realtà noi tutti abbiamo potuto più volte constatarlo.

Alle stesse conclusioni pervengono pure Blackford e Bayer (*Amer. Journ. of Surg.*, 1931, pag. 18), i quali affermano che le emorragie profuse nel corso delle perforazioni sono rare, mentre frequenti sono le piccole ematemesi.

Analogamente, secondo Mondor (*Diagnostics urgents*, 1930, pag. 179) l'ematemesi in forma abbondante nella perforazione di un'ulcera è estremamente infrequente: un solo caso ne avrebbe osservato su 75 perforazioni gastriche e due su 75 perforazioni duodenali, tutti e tre con esito letale.

Nella statistica di quattro grandi Ospedali viennesi, secondo Finsterer (*W. k. Woch.*, 1922, n. 47) su 1262 decessi per ulcera sarebbero state registrate 301 perforazioni, 190 emorragie mortali, 11 casi di emorragia e perforazione coincidenti. Lo stesso Finsterer riferisce due casi personali di emorragia e perforazione simultanea da ulcera duodenale, operati rispettivamente con sutura e gastrodigiunostomia dopo 24 ore (morte) e con resezione dopo 10 ore (guarigione).

Al nostro Pototschnig (*Arch. It. Chir.*, 1927, vol. 19, pag. 496) spetta l'unica osservazione del genere che io sia riuscito a rintracciare nella letteratura italiana. Trattavasi di una grossa ulcera callosa della piccola curva iuxtapilorica, perforata. Una resezione alla Billroth I assicurò una perfetta guarigione.

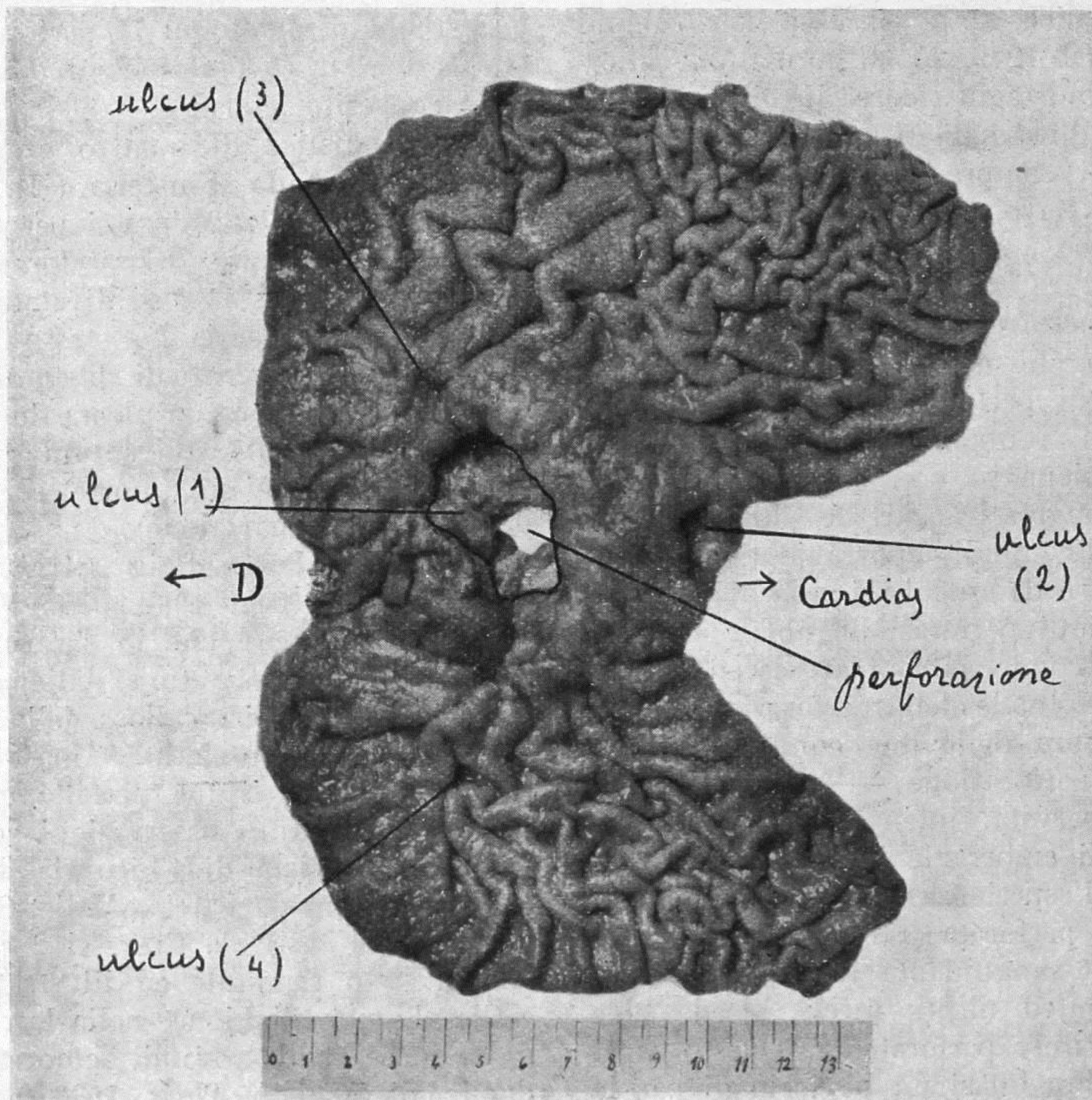
Altre interessanti osservazioni sono state riferite alla Società di Chirurgia di Lione negli ultimi anni da Patel e Mallet-Guy (1 caso), da Santy (2 casi), da Creyssel 2 casi) ed altre ancora sono riassunte ed illustrate da Tixier e Clavel, pure di Lione, nella loro importante monografia sulle grandi emorragie gastroduodenali (Masson, Paris, 1933, pag. 169). Ma io non intendo di fare qui una rassegna bibliografica completa dell'argomento e passo senz'altro a riferire la storia clinica del caso occorso alla mia osservazione.

P. Claudio, a. 26, colono, Popigliano (Firenze). Da circa sei mesi sofferente di pirosi gastrica a distanza di 2-3 ore dai pasti insieme ad eruttazioni acide. Comparvero poscia, a intervalli di 1-2 settimane, crisi dolorose violente alla regione epigastrica, di solito alcune ore dopo i pasti, accompagnate da vomito alimentare. Tali sofferenze ebbero un effimero giovamento dall'uso di alcalini e da una dieta rigorosa.

Ai primi dell'ottobre 1938, durante una delle solite crisi dolorose, ebbe vomito di color caffè ed insieme feci nerastre. Contemporaneamente fu colto da astenia profonda e da rumori auricolari di ronzio, mentre la cute del volto si fece estrema-

mente pallida. In tali condizioni venne accolto una prima volta nel nostro Ospedale il 12 ottobre 1938 e quivi curato con dieta opportuna e con iniezioni di Campolon. Mentre si disponeva per l'esame radiologico, il malato impaziente volle lasciare l'Ospedale dopo appena una settimana di degenza, e precisamente il 19 ottobre.

Ce lo vediamo ritornare in autolettiga la sera del 31 ottobre con i segni allarmanti di una nuova emorragia sotto forma di profusa ematemesi e melena, tanto che si rese necessario praticare subito una trasfusione sanguigna; ciò che venne fatto con l'ottimo apparecchio di Tzanck. Le condizioni generali del malato nei giorni seguenti permangono scadentissime, causa il profondo grado di anemia acuta. Poichè notasi persistente guazzamento gastrico, con un cauto sondaggio si dà esito ad abbondante liquido ematico. La mattina dell'8 novembre, alle ore 8 circa, improvvisamente il paziente viene assalito da un fierissimo dolore in sede epigastrica con irradiazione verso l'ipocondrio destro. Accorso al letto del malato insieme ai miei assistenti, mi fu agevole riscontrare una netta e classica contrattura dell'addome, associata a lieve riduzione dell'aia di ottusità epatica; polso piuttosto piccolo, della frequenza di 104, temperatura 36°. Il dolore all'epigastrio è di tale intensità che il malato acconsente senz'altro all'intervento che a lui stesso e alla famiglia subito proponiamo con forti riserve sull'esito del medesimo date le condizioni impressionanti di anemia.



Alle 10, cioè due ore appena dopo l'accidente perforativo, previa iniezione di Dilaudid-scopolamina e anestesia parietale con tutocaina e adrenalina, si apre l'addome con taglio mediano epigastrico, riscontrando la presenza di una modica quantità di liquido torbido raccolto insieme a scarso gas tra lo stomaco e la faccia inferiore del fegato. Il liquido fuoriesce dalla larga perforazione di una grossa ulcera callosa dello stomaco situata sulla piccola curva poco lungi dal piloro, ancora in parte aderente alla faccia anteriore del pancreas. Si procede senz'altro alla resezione gastroduodenale secondo il metodo abituale, con anastomosi retrocolica orale inferiore, senza incontrare particolari difficoltà eccetto che nella liberazione della piccola curva che si presenta retratta con omento fortemente spessito.

Appena compiuto l'intervento, si pratica una trasfusione di sangue nella quantità di cc. 400, bene tollerata; il polso è di 104. Non senza nostra meraviglia, il decorso postoperatorio fu veramente ideale, tanto che 20 giorni dopo l'intervento il malato fu in grado di far ritorno al suo domicilio, per quanto ancora estremamente pallido.

Esame del pezzo di stomaco asportato (vedi fotografia). Lunghezza lungo la grande curvatura cm. 27, lungo la piccola cm. 7,5. Internamente a due cm. dall'anello pilorico, a cavaliere della piccola curva, un po' più sviluppata sulla faccia anteriore che su quella posteriore, riscontrasi una grossa ulcera reniforme col maggiore asse disposto trasversalmente, del diametro di cm. 4,5 × 3, a bordi callosi. Il fondo è assai sottile, di colore rosso vinoso e mostra una perforazione circolare del diametro di un centimetro. Una seconda ulcera meno profonda, rotondeggiante, delle dimensioni di una moneta di due soldi, è visibile sempre sulla piccola curva, a distanza di cm. 8 dal piloro. Altre due ulcerette, infine, si riscontrano

ai lati dell'ulcera perforata rispettivamente sulla faccia anteriore e posteriore dello stomaco, in punti direi quasi omologhi. La parete gastrica è fortemente ispessita in tutte le sue tuniche; mucosa a grossi mammelloni, intensamente iperemica.

Il caso ora riferito messo a confronto con gli altri pochi da me rintracciati nella letteratura, mi sembra prestarsi alle seguenti considerazioni conclusive.

1) *Dal lato anatomico* è lecito affermare che nei casi di emorragia e perforazione concomitante il più delle volte l'ulcera risiede nello stomaco e precisamente sulla piccola curva, dove in realtà si trovano le condizioni più favorevoli per il prodursi di una grossa emorragia (lesione dei rami della coronaria stomacica) ed anche quelle di una successiva perforazione. È ben vero che quest'ultima molto spesso viene evitata dal formarsi di provvidenziali aderenze con gli organi vicini, con il pancreas sopra tutto (perforazione coperta), ma talvolta può avvenire in peritoneo libero con tutte le conseguenze immaginabili, come nel caso ora riferito.

L'evenienza di cui ci occupiamo è meno frequente nell'ulcera duodenale, inquantochè la perforazione si verifica di solito nelle ulcere della parete anteriore, che è molto sottile, poco vascolarizzata, onde scarsa è in ogni caso l'emorragia.

2) *Dal lato clinico*, l'emorragia precede di solito la perforazione; a volte con breve intervallo di qualche ora, altre volte invece di parecchi giorni (una settimana nel nostro caso). Si accompagna in genere a una crisi dolorosa ed anche a febbre, il che sta a indicare una ripresa di attività del processo ulcerativo. La riacutizzazione dell'ulcera è causa dell'emorragia e finisce con la perforazione.

3) Riguardo alla *diagnosi*, nei casi noti compreso il nostro, la perforazione fu prontamente riconosciuta dal manifestarsi del segno classico, la contrattura addominale. Talora però questo sintomo passò inosservato come nella seconda osservazione di Finsterer, in cui l'intervento reclamato dalla emorragia fece casualmente scoprire una perforazione concomitante e salvò il malato da una peritonite fatale. Talora, infine, è accaduto che lo stato di estrema debolezza determinato dalla emorragia unica o ripetuta abbia mascherato il quadro della perforazione, sicchè questa è stata riconosciuta solo al tavolo anatomico.

4) Per quanto da ultimo concerne la *terapia*, non v'ha dubbio sulla urgente e vitale indicazione dell'intervento chirurgico. L'operazione s'impone per la perforazione e vale al tempo stesso a sopprimere la fonte dell'emorragia. Due mezzi vi sono a disposizione del chirurgo: la sutura della perforazione gastrica o duodenale (con eventuale legatura dei vasi viciniori) ovvero la resezione duodeno-gastrica con asportazione dell'ulcera perforata e sanguinante. Quest'ultimo è l'intervento veramente radicale, a volte l'unico praticabile come nel caso da noi illustrato, in cui la larga perforazione e le cospicue dimensioni dell'ulcera callosa non avrebbero assolutamente consentito di eseguire una sutura sufficientemente solida e resistente. Aggiungasi che la gastrectomia nel caso speciale servì a rimuovere altre tre ulcere gastriche minori coesistenti.

Nel nostro malato avemmo la gioia di assistere ad una rapida ed ideale guarigione, ad onta delle condizioni allarmanti di profonda anemia acuta. Al felice esito concorsero senza dubbio alcune fortunate circostanze, quali l'età giovanile del soggetto (26 anni) — l'essere avvenuta la perforazione al mattino a digiuno, dopo alcuni giorni di riposo e di dieta assoluta in Ospedale — la precocità dell'intervento (due ore appena dopo la perforazione stessa). Vi contribuirono pure, a mio avviso, l'impiego dell'anestesia locale opportunamente preceduta da una iniezione di Dilaudid-scopolamina, la quale permise di praticare il difficile intervento col minimo choc e la generosa trasfusione sanguigna praticata al termine dell'intervento.

Concludendo, medici e chirurghi debbono avere presente alla mente la drammatica, per quanto rara, possibilità, che una grave emorragia da ulcera gastroduodenale sia seguita immediatamente o dopo alcuni giorni da perforazione acuta in peritoneo libero. Di fronte a questa terribile coincidenza l'intervento si presenterà di estrema urgenza e, grazie ai mirabili progressi della tecnica moderna, potrà valere ad assicurare mercè la resezione radicale una guarigione definitiva e perfetta in certi casi che in passato si sarebbero giudicati assolutamente disperati.

RIASSUNTO.

È riferita la storia clinica di un giovane accolto in Ospedale per imponente ematemesi e melena, il quale dopo una settimana di degenza presentò improvvisi sintomi di perforazione. Dopo due ore, resezione duodenogastrica con guarigione ideale. Nel pezzo asportato grossa ulcera callosa della piccola curva largamente perforata. Tali casi sono poco frequenti, essendo dalla letteratura dimostrato che le ulcere emorragiche di rado si perforano, le ulcere perforate di rado danno emorragie importanti.

SUNTI E RASSEGNE

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Cura attiva o conservatrice nell'aborto febbrile?

(G. GAEHTGENS *Die med. Welt.*, n. 44, pag. 1555, 1938).

La questione della terapia dell'aborto febbrile ritorna ad essere oggetto di particolare attenzione, specialmente in questo periodo in cui tutti gli sforzi sono tesi alla lotta contro la sterilità. È noto infatti che molti casi di sterilità seguono un aborto e che questo e la gonorrea sono i principali oppositori della fecondità.

L'aborto febbrile è quello che in particolare dà luogo a complicazioni secondarie, che saranno poi la vera causa della infecondità. Una appropriata terapia dell'aborto febbrile sarà di già una profilassi contro la sterilità.

È da notare che riguardo all'insorgenza di malattie secondarie complicanti l'aborto, esse sono in rapporto più con il comportamento del medico nella terapia dell'aborto stesso che non col fatto che esista concomitante una elevazione termica.

Fra le complicazioni che seguono l'aborto febbrile nel 50 % si trova la parametrite; seguono l'annessite, le flebiti dei vasi uterini, la trombo flebite del piccolo bacino ed in seguito peritonite o sepsi generalizzata. I fattori che regolano queste complicazioni sono il tipo dei germi che provocano l' infezione e le vie di propagazione della infezione stessa. Per i germi è più importante conoscerne la loro virulenza che il tipo dei germi stessi. Essi sono più pericolosi se vengono trasportati direttamente dall'esterno nella cavità uterina e se provengono alla donna dopo una serie di passaggi in altre persone; quindi nell'origine dell'aborto febbrile sta in prima linea per frequenza e gravità l'infezione meccanica, per la quale i germi vengono portati nella cavità uterina in occasione di un aborto. L'ascensione dei germi vaginali comuni dà eccezionalmente una infezione, che è transitoria, con febbre e putrefazione del prodotto abortivo, ma senza spingersi al di là del letto ovulare. Se i germi in questi casi passano in circolo ciò è dovuto non ad una attività propria di invasione, ma piuttosto ad un trasporto passivo per mezzo delle contrazioni uterine e rapidamente vengono distrutti dai poteri difensivi del sangue stesso. In questo caso si parla di batteriemia passiva e non è da preoccupare anche l'alta temperatura che scompare con l'eliminazione del prodotto abortivo dall'utero.

I germi che possono essere causa di complicazioni nell'aborto febbrile sono gli stafilococchi, gli streptococchi, il b. coli, gli pneumococchi, i bacilli della difterite e tutti i saprofiti. Ma come si è detto non basta la sola presenza di germi, anche virulenti, per dare la complicazione nell'aborto febbrile; è necessario che esista una poco valida difesa dell'organismo, comprendendo in essa tutti i poteri difensivi, sia citogeni che umorali, locali e generali, che un organismo possiede.

Le vie di propagazione delle infezioni sono intracanalicolari per mezzo delle trombe, le linfatiche del cellulare pelvico e del peritoneo, la via ematica. La loro conoscenza è importante per la prognosi e per la terapia da adottare. Sarebbe di somma importanza, per applicare una giusta terapia, avere la possibilità di fare una diagnosi precoce delle complicazioni, il che è impossibile. Ed allora bisogna attenersi alla terapia preventiva che sarebbe imperniata nella eliminazione del materiale infetto dalla cavità uterina e circoscrivere l'infezione alla cavità stessa dell'utero. Sorge la questione sul tipo di terapia da adottare, se procedere attivamente oppure attenersi alla terapia conservativa. Su ciò le varie scuole non sono d'accordo e vengono portate numerose argomentazioni in favore dell'uno o dell'altro procedimento.

La soluzione del problema si potrà avere solamente facendo il confronto su un materiale di cifre di eguale grandezza e qualità e che contenga un eguale numero di casi di aborto febbrile trattati tanto attivamente che conservativamente; da questo confronto deve risultare a quale procedimento si debba dare la preferenza nella cura dell'aborto febbrile.

L'A. riporta dapprima i risultati ottenuti da Schröder e Clauberg in 397 casi di aborto febbrile trattati con terapia conservativa e in cui non si era potuto mettere in evidenza una complicazione transuterina prima dello svuotamento. Dalla tabella che ne rende i risultati si nota che il maggior numero delle complicazioni si ha nei casi in cui si era prodotto lo svuotamento dell'utero già al 1° giorno di ingresso della donna in Clinica; mentre che nei casi con svuotamento spontaneo dopo il 4° giorno non si ha da annoverare alcuna complicazione. Tuttavia questi risultati sono poco probativi ma tra più importanti sono quelli riportati su una statistica eseguita nella Clinica di Lipsia dal 1927 al 1929, dal 1930 al 1932 e quella più recente fatta dall'A. stesso dal 1° ottobre 1936 al 1° luglio 1938. I casi presi in considerazione sono quelli che vanno fino al 6° mese di gravidanza con temperatura almeno di 38°, con placenta e feto ancora nell'utero e in cui non si potevano constatare delle complicazioni prima dello svuotamento dell'utero.

Questo fu attivo dal 1927 al 1932 ed aspettativo dal 1936 al 1938 cioè spontaneo con o senza l'aiuto di preparati stimolanti la contrazione dell'utero.

Dal 1927 al 29 si ebbero 161 casi, dal 1930 al 32 196 e quelli raccolti dall'A. dal 1936 al 38 furono 121.

I risultati sono veramente interessanti. Sui 151 casi del 1927-29 trattati attivamente si ebbero 56 complicazioni cioè nel 34,8 %; la mortalità fu dell'1,3 %. Si potè notare inoltre che quanto più tardi si faceva lo svuotamento tanto più diminuiva il numero delle complicazioni: ciò può essere spiegato con il fatto che non bisogna disturbare le prime difese che l'organismo può mettere in azione al momento in cui i germi tentano di invadere i tessuti sottostanti.

Nei 196 casi trattati attivamente durante gli anni 1930-32 si ebbero 50 complicazioni dopo lo svuotamento, cioè il 25,5 % e mortalità l'1,5 %.

In base quindi a queste due serie di risultati l'A. conclude che si può stabilire che dopo un intervento attivo in un aborto febbrile si possono avere gravi complicazioni secondarie nel 25-35 % dei casi e che la probabilità di insorgenza di tali complicazioni è più grande se si fa lo svuotamento di già il primo giorno e che il trattamento attivo è tanto meno pericoloso quanto più tempo si dà all'organismo per accumulare le misure difensive.

Nei 124 casi che vanno dal 1936 al 38 si procedette alla cura conservativa cercando di procurare l'aborto spontaneamente per via medicamentosa e si adoperò lo svuotamento attivo solo nei casi di emorragia allarmante.

In 44 su 124 casi e cioè il 35 % si ebbe lo svuotamento spontaneo nei primi tre giorni del ricovero in Clinica; in 44 casi cioè nel 34 % si procedette attivamente. Complicazioni si ebbero in 19 casi cioè nel 15 % con un caso di morte.

Si può dire allora che nel gruppo degli aborti febbrili curati conservativamente il numero delle complicazioni è molto basso, mentre la loro percentuale è molto più alta nei casi della terapia attiva.

Riassumendo, su un complesso di 357 casi comprendenti il gruppo trattato attivamente si ebbero in 106 casi delle complicazioni transuterine con una percentuale di circa il 30 %. Su 521 casi trattati invece con la terapia conservativa si ebbero solo 55 complicazioni e cioè circa l'11 %. Nei casi che pur appartenendo a questo gruppo si dovette intervenire a causa della emorragia cospicua le complicazioni si ebbero nel 20,4 %. In complesso quindi non vi è dubbio della grande differenza che la terapia conservativa od attiva eserciti sullo stabilirsi delle complicazioni.

In conclusione allora si può ammettere che:

Il materiale ovulare infetto deve venire eliminato dall'utero al più presto, ma che per ottenere questo si deve seguire la via conservativa cercando di attivare le contrazioni uterine. La sensibilizzazione dell'utero si può provocare per mezzo di piccole dosi di chinino che rispondono meglio delle dosi grandi (4 dosi di 0,05 g. di chinino e insieme alla prima e quarta dose, 2 unità Vogtlin di ipofisina).

Si devono inoltre stimolare le difese generali dell'organismo per la lotta contro i germi con terapie dietetiche e medicamentose.

La terapia attiva è solo consigliabile nei casi di emorragia abbondante ed infrenabile. Lo svuotamento dell'utero può farsi allorchè sono passati 4-5 giorni in completa apiressia.

Qualora nella pratica la terapia aspettante trovi delle difficoltà, il medico pratico ha il dovere di riconoscere il limite delle sue possibilità ed inviare il caso in clinica.

F. MARCHESI.

Il puerperio e i suoi disturbi minori.

(C. H. DAVIDSON. *Practitioner*, febbraio 1939).

Il puerperio è il periodo che segue il parto e durante il quale gli organi genitali e pelvici ritornano nelle loro condizioni normali. Può durare da sei a dodici settimane ed è caratterizzato dall'involuzione dell'utero e dei suoi annessi, dalla produzione della secrezione lattea, dall'adattamento della madre ad alimentare e curare il proprio bambino.

Alla fine del parto l'utero comincia a diminuire di volume e di peso per un processo di autolisi delle fibre muscolari e di degenerazione ialina del tessuto fibroso, determinato dalla riduzione dell'irrorazione sanguigna e dalla formazione di piccoli vasi al posto dei vecchi.

Il ritardo o l'insufficienza dell'involuzione dell'utero può essere prodotto dalla ritenzione di coaguli di sangue, di membrane, di porzioni di placenta, di lochia o di leggere infezioni. Le subinvoluzioni dovute a queste cause possono essere trattate con l'estratto di segala cornuta, con il chinino o con applicazioni di soluzioni calde di solfato di magnesio sul basso ventre.

L'attività del petto s'inizia rapidamente subito dopo il parto e la secrezione lattea si stabilisce al terzo o quarto giorno. Per mantenere la secrezione occorre che il bambino succhi con una certa regolarità: la prima volta dodici ore dopo il parto, ogni sei ore il primo giorno, ogni quattro ore il secondo ed ogni tre o quattro ore successivamente in relazione al peso del bambino. Ogni poppata sarà fatta alternativamente con l'una o l'altra mammella, ma se il latte è scarso si dovrà far poppare ogni volta da ambo i lati. I capezzoli dovrebbero essere lavati con acqua sterile prima e dopo ogni poppata. L'eventuale ingorgo delle mammelle si tratta con il succhiamento artificiale dopo ogni poppata, con l'applicazione di bende di sostegno delle mammelle, con la riduzione dei liquidi, e, per alleviare il dolore, con applicazioni calde di soluzioni di solfato di magnesio o di borace.

Le ragadi dei capezzoli si cureranno con lubrificanti, olio di oliva o lanolina, ed eventualmente con adatti succhiatoi. Quando il poppamento diventa impossibile si arresterà la secrezione lattea mediante l'applicazione di fascie costrittive, la limitazione di liquidi ed

i purganti salini. A meno che l'ingorgo delle mammelle non diventi molto accentuato non si applicheranno succhiatoi. In genere il processo di arresto della secrezione lattea dura cinque o sei giorni.

La puerpera ha bisogno di rimanere in riposo e dormire tranquillamente durante i primi cinque giorni. Il sonno in genere è naturale. L'uso degli ipnotici può diventare indispensabile quando si hanno dolori al petto o residui. Questi ultimi nelle pluripare possono essere forti, vanno curati eccitando la contrazione dell'utero perchè si svuoti dei coaguli (ergotina, progestina). Di solito nella prima giornata la temperatura è leggermente aumentata. L'alimentazione deve essere al principio leggera, ma con il secondo giorno può essere completa. Dopo la prima notte di riposo si può dare un purgante leggero (senna).

L'eventuale ritenzione di urina si combatterà con applicazioni calde sul basso ventre, ricorrendo al catetere solo nei casi gravi. La cistite è rara: si cura con l'ex amina e, se persistente, con le lavande vescicali. Più comune è la pielite che si cura con il citrato di potassio ed il mandelato di ammonio.

La vulva deve essere tenuta accuratamente pulita con lavande di acqua sterile. Analogamente si deve provvedere alla pulizia del perineo con alcool dopo ogni defecazione e minzione in caso di suture infette, con compresse imbevute di soluzione di solfato di magnesio, che allevia anche il dolore.

Il dolore emorroidario si cura con supposte a base di morfina.

La puerpera negli ospedali deve rimanere a letto per sette o otto giorni, ed in casa per nove o dieci giorni. Il ritorno alla vita abituale deve essere lentamente graduale.

In ogni caso sono poi utili leggeri esercizi fisici atti a dar tono e forza ai muscoli dell'addome, delle coscie, delle gambe e delle braccia.

La circoncisione del neonato si può praticare al nono giorno, sempre che il prepuzio sia abnormemente lungo o stretto.

L'aumento della temperatura e della frequenza del polso deve essere accuratamente sorvegliato. Si deve tenere presente che può essere determinato dallo stato di agitazione prodotta nella donna da un bambino troppo irrequieto, da disagi domestici, da mancanza di riposo: è perciò necessario che la donna sia lasciata tranquilla e non riceva visite almeno per una settimana. L'ipertermia e la tachicardia possono essere prodotte anche da stipsi, foci dentari, tonsillari, ecc. Le affezioni polmonari (bronchiti, tubercolosi, influenza) sono rare. Comunque non si deve perdere di vista il fatto che la febbre nel puerperio è legata almeno nel 50 % dei casi ad infezioni delle vie genitali e che può essere anche determinata da mastiti e da phlegmasia alba dolens.

La mastite compare di solito tra il settimo ed il decimo giorno con febbre alta e grave malessere. La paziente lamenta dolore alla mammella, che è sporgente, arrossata, dolente alla pressione. In primo tempo si cura con applicazioni calde e spesso ricambiate di soluzioni calde di solfato di magnesio o di borace. Quando si forma pus, che si rivela, sopratutto con l'edema, occorre allontanare dal petto il bambino e procedere all'incisione dell'ascesso.

La phlegmasia alba dolens è dovuto ad una tromboflebite dell'iliaca esterna o della femorale, legata ad infezione delle vene pelviche causata dalla sepsi uterina. La condizione si manifesta acutamente nella seconda settimana del puerperio con febbre alta è dolore all'arto colpito, per lo più il sinistro; talvolta precede una leggera ipertermia nella prima settimana. La vena trombosata si può palpare come un cordone nel triangolo di Scarpa, dolente alla pressione. Rapidamente si sviluppa l'edema bianco diffuso dal piede alla coscia. Il dolore e la febbre possono durare da quattro a quindici giorni, dopo di che diminuiscono. Il trattamento consiste nell'immobilizzazione dell'arto e nell'applicazione di pezzuole imbevute di glicerina e ittiolo o di glicerina e belladonna. Il massaggio è indicato nell'ultima fase dell'affezione.

Nei casi nei quali la temperatura si mantiene alta oltre le ventiquattro ore e non può essere attribuita a nessun processo extragenitale, occorre procedere all'esame batteriologico della secrezione del collo uterino. Se si riscontra la presenza dello streptococco emolitico bisogna senz'altro somministrare preparati di solfonamide e fino a quando la febbre non sia scomparsa.

Cessato il puerperio occorre che la donna sia sottoposta ad un esame generale per accertare la possibile presenza di disordini e di lesioni determinate dal parto, e provvedere eventualmente alla loro cura. DR.

Esiti remoti dell'isteropessi pelvica di Pestalozza.

(GYARMATI E. *La Ginecologia*, n. 11, novembre 1937).

Il trattamento chirurgico della retroflessione uterina non deve proporsi soltanto di riportare l'utero e mantenerlo nella sua posizione fisiologica ma deve ottenere la scomparsa dei disturbi a tale deviazione legati, lasciando intatta la funzione di tutto l'apparato genitale specie nei riguardi di una possibile maternità.

I metodi che si sono proposti tale scopo si distinguono in: diretti ed indiretti. I primi, costituiti dalla ventro-vagino-vescico fissazione, sono ancora oggi da qualcuno impiegati, ma solo quando possa escludersi una possibile futura gravidanza; gli aborti infatti, dopo tale genere d'intervento, sono frequenti, come anche le presentazioni anormali che, all'epoca

del parto per la posizione alta dell'orifizio esterno danno una certa gravità anche ai comuni interventi ostetrici; oltre a ciò le recidive della deviazione sono in numero veramente considerevole. I secondi, preferibili ai primi per una certa mobilità che lasciano all'utero, consistono nell'accorciamento e fissazione intra-addominale dei legamenti rotondi, oppure nella loro fissazione alle pareti vaginali ed addominali (reg. inguinale, parete alta dell'addome, vagina); loro inconvenienti sono la costanza delle recidive dopo i parti, gli ilei da strozzamento e le gravidanze extrauterine.

Da circa 30 anni però, il metodo di elezione per la mancanza di inconvenienti sia immediati che a distanza e per l'assenza delle recidive, è quello comunicato nel 1906 al Congresso di Milano della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia dal suo stesso ideatore: l'isteropessi pelvica alla Pestalozza, metodo che viene impiegato in ogni caso di retrodeviazione uterina nella R. Maternità e nella R. Clinica Ostetrica Ginecologica di Torino. È appunto con lo scopo di valutare la bontà dell'intervento che vengono esaminate particolarmente 100 operate delle 200 in cui fu attuata l'isteropessi pelvica nei suddetti Istituti dall'anno 1921 all'anno 1937. Il lasso di tempo decorso dall'operazione al giorno in cui si rividero le ammalate va da due mesi a sedici anni. I reperti ottenuti nel controllo delle operate riguardano:

Le mestruazioni. Turbe mestruali erano presenti in 83 pazienti con prevalenza della poli e della dismenorrea, alterazioni di cui si ebbe la scomparsa nel 70 % dei casi.

I disturbi soggettivi: Costituiti da dolori sacro-lombari od al basso ventre, leucorrea, dispareunia, pollachiruria e disuria, dischezia, di cui in ben 73 casi se ne ebbe la guarigione completa.

Le gravidanze: Sia dal punto di vista del concepimento di cui il per cento (se si tiene conto della sterilità volontaria, dell'età avanzata, delle malattie infiammatorie degli annessi e della mancata coabitazione), presenta un indiscutibile aumento; sia dal punto di vista degli aborti, ridotti alla quinta parte; sia da quello del parto prematuro di cui la percentuale è ridotta a zero. I disturbi, inoltre, insorti in gravidanza furono del tutto fisiologici, come normale il decorso del puerperio.

La statica uterina: Essa fu perfetta, se si eccettuano quattro pazienti di cui tre con sintomi evidenti di astenia generale ed una con retroflessione rigida, caso particolare nel quale il Pestalozza stesso consigliava di completare la sua operazione con la resezione cuneiforme trasversale dell'utero tra collo e corpo.

L'isteropessi pelvica quindi, riportando l'utero nella posizione normale, facendo scomparire i disturbi a tale deviazione inerenti, modificando profondamente la forma del cavo vescico-uterino, impedendo che il frapporsi delle anse intestinali favorisca la recidiva, rivestendo con una sierosa levigata e sana le asprezze e le cruentazioni dovute al distacco delle aderenze, deve essere il metodo di scelta in tutti i casi di retrodeviazione uterina, particolarmente poi quando questa sia complicata da intensi processi infiammatori periuterini ed annessiali. A. FUMAROLA.

Sopra l'irradiazione vaginale del cancro dell'utero coi raggi X.

(MARTIUS. *Deut. Med. Wochenschr.*, p. 953, 1938).

L'irradiazione vaginale con speciali tubi catodici a protezione integrale, è nata — com'è noto — nella Clinica di Gottinga, diretta per l'appunto da Martius. L'applicazione pratica della roentgenterapia per contatto è merito di due suoi assistenti, di Schäfer e di Witte: il maestro raccoglie ora — dopo alcuni anni di esperienza — i risultati clinici, che appaiono tanto interessanti in quanto dimostrano un sorprendente miglioramento dei risultati a distanza dei cancri appartenenti al gruppo III-IV, dei cancri che offrono cioè una prognosi peggiore.

La terapia cavitaria viene riservata ai cancri inoperabili: nei cancri operabili Martius ricorre ancora (senza spiegarne le ragioni) all'isterectomia per via addominale. Nei cancri inoperabili (sia del collo, sia del corpo) Martius inizia il trattamento con il radium, applicato però solo — rispettivamente — nel canale cervicale e nel corpo dell'utero; evita invece sempre l'applicazione vaginale. Non crede ancora giunto — a differenza di Schäfer — il momento di abbandonare il trattamento con il radium, destinato sopratutto a curare il focolaio uterino.

All'applicazione del radium fa seguire — per la sterilizzazione dei parametri — l'irradiazione vaginale con i raggi X, opportunamente schermati ed orientati in modo da colpire esclusivamente i tessuti infiltrati o comunque sospetti. Per maggiore precauzione, completa infine la cura mediante un'irradiazione percutanea delle due metà del bacino con dosi frazionate e non molto elevate.

I risultati si basano sopra 81 casi dei gruppi III-IV, seguiti per un intervallo di tempo che oscilla da un minimo di 1 1/2 ad un massimo di 5 a. 1/3; 27 casi risultano viventi e sani, senza segni manifesti di recidiva al momento della compilazione della statistica: la percentuale di guarigione risulta perciò del 33,5 %. Senza l'irradiazione vaginale la percentuale di guarigione (calcolata in base ad un intervallo un po' minore di tempo) si riduce nella stessa Clinica all'11,6 %. L'irradiazione vaginale è quindi in grado di triplicare quasi la percentuale di guarigione nei casi inoperabili: ciò che deve invogliare ad applicare su più vasta scala questo nuovo ed interessante metodo di terapia. E. M.

SISTEMA NERVOSO.

Sulla diagnosi di tumori cerebrali.

(PAULI. *Journal de médecine de Bordeaux*, 28 gennaio 1939).

L'A. riporta alcune sue considerazioni su una statistica di 28 osservazioni anatomo-cliniche. Fra le numerose varietà anatomo-cliniche, 4 classi di tumori sono da ritenersi in pratica come le più frequenti: i gliomi, i meningiomi, gli adenomi dell'ipofisi e i tumori sviluppati a spese delle guaine dei nervi cranici (neurinomi o schwannomi). La distinzione fra glioma e meningioma è essenziale dal punto di vista terapeutico: il glioma sviluppato a spese della nevroglia è un tumore intracerebrale, diffuso, senza limiti netti, senza capsula e quindi difficilmente estirpabile, mentre al contrario il meningioma è un tumore extracerebrale che comprime il cervello senza invaderlo, limitato, incapsulato, facilmente enucleabile. Riportando la sua casistica l'A. vi nota l'assenza di gomme sifilitiche, lesione eccezionale con cui a suo parere non è da farsi diagnosi differenziale. Ricercando in questi casi il primo sintoma che ha attirato l'attenzione ed ha provocato una visita medica l'A. trova: in primo luogo la cefalea (12 volte), poi disturbi psichici (4 volte), le crisi convulsive generalizzate (2 volte), gli attacchi di epilessia jacksoniana (1 volta), i disturbi motori progressivi (1 volta), i disturbi dell'equilibrio (2 volte), le vertigini (2 volte), la sordità unilaterale (1 volta), la paralisi dei nervi cranici (2 volte), i disturbi endocrini (1 volta). Mancano in questa statistica i disturbi oculari, già che fra i tumori raccolti dall'A. mancano casi con compressione diretta dei nervi ottici o del chiasma.

La formula antica: ipertensione endocranica = tumore cerebrale è attualmente riconosciuta come falsa, già che è noto che l'ipertensione endocranica può, all'infuori di ogni neoformazione, esser dovuta ad aumento della quantità del liquor cerebro spinale (meningite sierosa), ad aumento di volume del cervello (encefaliti pseudotumorali, edemi cerebro meningei, rammollimenti cerebrali), per modificazioni delle pareti craniche (endostosi). L'A. insiste sulla possibilità che meningiti sierose possano attraverso ispessimenti aracnoidei e produzioni cistiche manifestare segni di localizzazione a mo' di un tumore vero e proprio e ne riporta un caso dimostrativo. Come pure richiama l'attenzione sulla possibilità di errore fra neoplasie, e certe encefaliti pseudo tumorali, gli edemi meningo cerebrali delle stasi venose dei cardiaci e dei nefritici, e i rammollimenti cerebrali a sviluppo progressivo con segni irritativi iniziali: di quest'ultima possibilità ne riporta un caso. L'ipertensione endocranica non è costante nei tumori cerebrali. Così i gliomi che non comprimono il cervello, ma vi si sostituiscano, possono non darla. Così i tumori della fossa anteriore. Mentre i tumori posteriori e quelli post. lungo il tragitto della circolazione del liquor c. s. di solito la danno. Ma esistono anche dei tumori posteriori, dei tumori cerebellari cistici in particolare, che non ostruendo le vie di scolo del liquor che intermittentemente possono non darla e l'A. ne riporta un caso.

L'ipertensione endocranica si svela clinicamente coi 3 noti sintomi: cefalea, stasi papillare, dati della puntura lombare. La cefalea è un sintomo essenziale ma banale, comune ad una quantità di affezioni: tuttavia la cefalea dei tumori cerebrali conserva sempre la medesima formula durante tutta la durata della malattia ed è una cefalea che immobilizza l'individuo.

La localizzazione del dolore non ha poi di solito gran significato. Inoltre la cefalea può mancare specie nel bambino per la cedevolezza della scatola cranica. La stasi papillare è senza dubbio uno dei segni più preziosi: ma anch'esso può mancare ed era assente nella casistica ricordata 6 volte su 28. Il determinismo di questa stasi è molto complesso e ancora mal conosciuto. Il volume del tumore non è una causa a se sola bastante, dato che grandi tumori possono non provocarla al contrario di piccoli. È più probabile che abbia importanza la sede del tumore, essendo di solito presente nei tumori posteriori. Ma, a segnalare la difficoltà di ogni spiegazione l'A. ricorda, e ne riporta un caso, come stasi papillare e ipertensione del liquor non si sviluppino sempre parallelamente.

Circa i dati forniti dalla puntura lombare l'A. si dimostra un po' scettico, già che una ipertensione mancava in 5 su 10 casi della sua casistica e la dissociazione albumino citologica era ancora più rara: su 15 esami il liquor era normale 10 volte. Ricorda anche la possibilità del reperto nel liquor di una reazione meningea. Di fronte a questi risultati mediocri sta il pericolo che la puntura può comportare attraverso ripercussioni bulbari, specie nei tumori della fossa cerebrale posteriore e della regione temporale con cospicua stasi papillare e l'A. riporta un caso di morte dopo puntura lombare. L'ipertensione endocranica a sua volta irritando i centri della base è causa di vomito, di bradicardia, di stipsi; comprimendo i nervi cranici determina la paralisi del VI, comprimendo i nervi rachidiani può provocare la scomparsa dei riflessi achillei, può scatenare crisi epilettiche, che contrariamente a quanto si crede possono ripetersi anche per molti anni (l'A. riporta un caso durato 4 anni).

In quanto ai segni di localizzazione l'A. fa una rapidissima corsa delle varie possibilità. Ricorda i tumori frontali con i disturbi mentali caratteristici (confusione mentale, disorientamento spaziale, modificazioni dell'umore nel senso di una gaiezza ironica caratteristica);

i tumori della zona rolandica con disturbi motori progressivi o con crisi di epilessia jacksoniana che però può essere dovuta anche all'ipertensione endocranica o ad una compressione a distanza, per cui si rischia basandosi ciecamente sul sintoma di operare dal lato opposto alla lesione; i tumori cerebellari che all'inizio forniscono segni di localizzazioni evidenti che poi scompaiono durante il decorso per il ristabilirsi dell'equilibrio; i tumori della base con le varie paralisi dei nervi cranici. L'A. conclude sul valore relativo da attribuire a tutti questi segni neurologici che non assumono tutto il loro significato altro che in un quadro di insieme.

Rubegni.

La terapia della poliomielite anteriore acuta nello stadio acuto.

(Siegl J. *Wien. Klin. Wochenschr.*, *50*, 1938).

L'A. distingue nel trattamento della poliomielite una terapia della fase acuta ed una terapia delle conseguenze della malattia. Nella terapia della poliomielite acuta ha oggi assunto grande importanza l'uso della sieroterapia con siero di sangue di convalescente. L'utilità di questa terapia introdotta da Netter, Flexner e Levaditi, è ancora assai discussa almeno per quanto riguarda l'uomo, mentre, invece, gli esperimenti condotti sugli animali hanno dimostrato che il siero agisce non solo come profilattico ma è anche capace di evitare la malattia nelle scimmie che 18-20 ore prima della somministrazione del siero sono state infettate per via cerebrale. In ogni caso sembra accertato che l'uso del siero di sangue di convalescente trovi la sua indicazione migliore solo nei primi stadi, nella fase preparalitica della malattia. Si impone perciò una diagnosi precoce ed un trattamento immediato. La quantità di siero da somministrare varia col variare della provenienza del siero stesso: Jensen e Eagles considerano che il contenuto in anticorpi del siero è diverso da gruppi a gruppi di individui. Essi distinguono:

1) siero proveniente da individui nei quali la malattia è decorsa con paralisi (1 cc. di siero contiene da 1000 a 2000 dosi stimolanti);

2) siero di individuo nei quali non si sono avute paralisi (1 cc. di siero contiene circa 80.000 unità stimolanti);

3) siero proveniente da individui nei quali la malattia ha avuto decorso abortivo (1 cc. di siero contiene circa 150.000 unità stimolanti).

Le dosi da usare si aggirerebbero sui 20, 30, 50 cc. di siero ripetendo eventualmente la somministrazione, che non è mai dannosa considerato che i fenomeni di ordine anafilattico sono qui impossibili trattandosi di una sieroterapia omologa. Da questo punto di vista anche la sieroterapia endovenosa ed endorachidea è scevra di pericoli. Circa la via di somministrazione, sembra che i migliori effetti siano raggiungibili somministrando 10, 20 cc. endorachide (dopo la puntura è consigliabile tenere il paz. in posizione declive col capo in posizione bassa onde ottenere una migliore ripartizione del medicamento) e 10, 30 cc. endomuscoli.

Il siero va somministrato precocemente e si può perciò cominciare la somministrazione anche in corrispondenza della prima puntura lombare che si esegue a scopo diagnostico. La puntura lombare stessa sarebbe buon ausilio terapeutico, sicchè secondo alcuni AA. sarebbe consigliabile la puntura lombare ripetuta a scopo terapeutico.

Altri medicamenti consigliati sono:

trasfusione con sangue di datore immune (Schottmüller);

trasfusione con sangue di datore immune associata a sieroterapia intramuscolare.

Sieroterapia endorachidea con introduzione nel rachide di 1 cc., 1,5 cc. di adrenalina e contemporanea iniezione endovenosa di una soluzione 10 % di cloruro di calcio.

Urotropina alle dosi di 1-2 g. pro die, o, secondo Schottmüller, 6-8 g. p. d. È inoltre consigliato l'uso di urotropina endomuscoli e, nei ragazzi più grandicelli, per via endovenosa.

Elettrargolo (2 cc. intramuscoli).

Tripaflavina (sol. 0,1:0,2 ‰ endovena).

Sol. di Pregl o septoiod (rispettivamente alla dose di 10-20 cc. e 2-3 cc. endovena).

Wieland consiglia di aggiungere alla sieroterapia specifica anche alte dosi (2-4 g.) di salicilato di sodio per via rettale.

La terapia salicilica è consigliata dall'A. come antidolorifica e antitermica, può essere quindi sostituita con piramidone.

Altri AA. infine consigliano la disinfezione del cavo nasale con acqua ossigenata, formaldeide, solfato di zinco 1 %.

Nel corso della poliomielite è indispensabile combattere la paralisi dei muscoli respiratori: è stato consigliato il tetrophan sotto forma di tavolette da g. 0,1 da somministrare alla dose di 3 compresse al giorno sorvegliando il sedimento urinario· la comparsa di cristalli gialli o di emazie impone sospendere la somministrazione del medicamento che sarà ripresa solo quando le urine ridiventano normali. Il tetrophan può essere somministrato anche per via rachidea, alla dose di 1 cc. e dopo due tre giorni nuova somministrazione di 1,5 cc.

Molto importante è la lotta contro l'edema del midollo: si può influire benevolmente con punture lombari; con somministrazione endovena di soluzione ipertonica di cloruro di sodio o di Ringer e di soluzione ipertonica di glucosio. La irradiazione della colonna vertebrale con raggi duri, la diatermia e le onde corte pare abbiano dato buoni risultati.

L. Travia.

FEGATO.

Gli infarti del fegato.

(J. F. MARTIN, P. F. GIRARD ed M. PLAUCHU. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 dicembre 1938).

Gli Autori prendono occasione da due casi di infarto del fegato capitati alla loro osservazione per esporre lo stato attuale delle nozioni che si possiedono riguardo alla anatomia patologica, etiologica e patogenesi di tale fenomeno morboso: è nota infatti la rarità degli infarti del fegato.

Questi possono presentarsi al tavolo anatomico con due aspetit molto diversi: infarto rosso ed infarto bianco.

a) L'infarto rosso, che è il tipo anatomico più frequente, forma tanto sulla superficie del fegato quanto sulla sezione una macchia rosso-scura, talora violacea talora nerastra, il cui centro può apparire rammollito o anche liquefatto e tinto in verde dalla bile. Nel suo insieme assume un aspetto triangolare a base capsulare; non ha però limiti precisi e non è circondato da un alone congestizio visibile macroscopicamente così netto come negli infarti del rene. Anzi spesso esso non risalta molto bene sul resto del parenchima congesto di un fegato da stasi.

Questi infarti sono generalmente di piccole dimensioni, quasi sempre sottocapsulari talora situati in pieno parenchima, spesso unici ma talvolta in numero notevole.

b) L'infarto bianco, più raro del precedente, è centrale, situato in pieno parenchima. Si dispone in forma di numerosissime masse irregolarmente arrotondate con l'aspetto di un grappolo d'uva i cui acini avessero dimensioni variabili da un pisello ad una nocciola. Dato il suo aspetto biancastro spicca sul parenchima violaceo del fegato cardiaco.

Dato che questi due tipi di infarto si possono confondere quello rosso con un'angioma e quello bianco con un ascesso areolare del fegato, la diagnosi può essere posta solo dopo *esame istologico*.

Questo nell'infarto rosso mostra una zona necrotica centrale circondata da un alone di congestione che ne raddoppia la superficie: la zona centrale appare senza struttura sicchè, specialmente al centro, non si riscontra più la forma delle cellule epatiche e la traccia della loro disposizione trabecolare: alla periferia invece gli elementi cellulari sono meglio conservati. La zona necrotica è circondata da una zona di congestione dovuta a dilatazione estrema dei capillari intralobulari ed anche a vere suffusioni emorragiche: tale alone congestizio non si accompagna ad una infiltrazione leucocitaria e ad una reazione sclerotica come accade negli infarti del rene.

Nell'infarto bianco invece l'esame istologico mette in evidenza che il centro conserva perfettamente la struttura epatica abituale, con la sola differenza che tutti i nuclei sono scomparsi. Inoltre l'infarto bianco, nonostante abbia anch'esso contorni irregolari, presenta in quasi tutto il suo contorno il doppio colaretto classico sclerotico ed infiammatorio che separa nettamente l'infarto dal parenchima epatico rimasto sano. Tali infarti rispettano sempre gli spazi portali, mentre la vena sopraepatica è sempre in pieno infarto.

Riguardo al meccanismo patogenetico degli infarti del fegato esso è difficile a precisarsi anche perchè la doppia circolazione di questo organo, arteriosa e portale, crea condizioni anatomiche molto speciali. Soltanto una doppia obliterazione (arteriosa e venosa) potrebbe sopprimere ogni circolazione nel parenchima epatico e quindi determinare l'infarto: invece l'anatomia patologica dimostra che può bastare l'obliterazione di uno solo di questi due vasi per provocare l'infarto. Questo obbliga ad ammettere che la lesione non è dovuta soltanto all'obliterazione del lume vascolare, ma che occorre far intervenire nella genesi degli infarti altri fattori e specialmente fattori nervosi. Non bisogna infatti dimenticare che l'arteria epatica può essere considerata una vera arteria porta-nervi, data la ricchezza del plesso nervoso che la circonda e di cui numerose esperienze hanno dimostrato l'importanza.

F. TOSTI.

Le alterazioni tossiche del fegato.

(H. ASSMANN. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 20 e 27 gennaio 1939).

Il fegato può essere danneggiato da sostanze di varia natura e che non sono ancora tutte note. Questi tossici possono essere di origine endogena ed esogena.

Le alterazioni parenchimatose del fegato da veleni endogeni hanno in clinica una notevole importanza. Molte affezioni epatiche ad etiologia ancora ignorata o dubbia hanno probabilmente una tale origine.

È noto da molto tempo che nel corso della gravidanza e del puerperio si manifestano disturbi epatici legati a lesioni parenchimatose, che possono essere il punto di partenza di forme morbose gravi tra le quali l'atrofia gialla acuta. Ma a parte ciò è di comune osservazione che nell'hiperemesis gravidarum si ha non di rado un subittero e la presenza di pigmenti biliari nelle urine. È probabile che la sostanza tossica prodotta dallo stato di gravidanza determina il vomito e le lesioni epatiche, o che queste ultime provochino il vomito.

Da alcuni anni è stato notato che la tireotossicosi può causare alterazioni del fegato. Queste si riscontrano non di rado nel morbo di Basedow nello stadio d'insufficienza cardiaca e perciò sono state attribuite a disturbi di circolo da stasi. Ma in effetto itteri leggeri e gravi si possono avere nelle tireotossicosi indipendentemente dai disturbi del cuore e dai fenomeni di stasi. E non mancano osservazioni di atrofia gialla acuta e di cirrosi epatica nel corso del morbo di Basedow.

Tuttavia nelle tireotossicosi le alterazioni epatiche raggiungono solo di rado gradi così gravi. Di solito si tratta di disturbi leggeri accertabili con la ricerca dell'urobilina e dell'urobilinogeno. Sperimentalmente è stato dimostrato che gli estratti tiroidei producono prima diminuzione del glicogeno e poi degenerazione grassa delle cellule epatiche.

Molto più note sono le alterazioni epatiche determinate da medicamenti.

Al riguardo la letteratura registra casi mortali di coma epatico e di atrofia gialla acuta del fegato prodotti dall'atophanyl. Si tratta di reazioni di individui predisposti, e sempre in seguito a dosi troppo abbondanti o troppo ripetute del farmaco.

Analogamente si possono avere lesioni epatiche, clinicamente manifestantisi con ittero, a seguito di iniezioni endovenose di salvarsan. Anche in questi casi è da ammettere una preesistente alterazione del fegato probabilmente prodotta dalla lue stessa.

Un altro medicamento che può dare lesioni epatiche è la sintalina.

Il cloroformio può provocare gravi lesioni acute del fegato, come si è potuto verificare in seguito a narcosi per interventi chirurgici.

Tra le sostanze che sogliono determinare alterazioni epatiche più o meno gravi sono da ricordare il fosforo, l'arsenico e il piombo. Tra gli alimenti riescono più frequentemente tossici del fegato i funghi.

Le alterazioni parenchimatose del fegato di maggior rilievo per la loro diffusione e per il loro significato sono quelle prodotte dalle tossine batteriche. Tali alterazioni costituiscono in genere un indice della gravità e della prognosi poco favorevole dell'infezione. Così la comparsa dell'ittero nelle sepsi di tutte le specie e nella polmonite indica che le cose volgono al peggio.

Di speciale importanza sono le alterazioni epatiche che si verificano nel corso della febbre gialla, della malaria e del morbo di Weil.

Anche nel paratifo può aversi ittero e contemporaneamente anemia tossica grave e persistente, indipendente dalle emorragie intestinali.

Non di rado si hanno alterazioni parenchimatose del fegato sia nella fase primaria e secondaria della sifilide, nonchè in quella terziaria, nella quale si possono avere anche alterazioni interstiziali, con fatti cirrotici o gommosi. In ogni caso le lesioni epatiche sono dovute all'azione delle spirochete e delle loro tossine. Il salvarsan che agisce favorevolmente su tutte le manifestazioni luetiche può in alcuni casi favorire lo sviluppo di fatti acuti a carico del fegato.

Disturbi epatici di lieve grado possono verificarsi in molte malattie infettive, specie nella scarlattina.

Oltre a questi casi nei quali l'origine dell'alterazione epatica è facilmente identificabile ve ne sono numerosi altri di lesioni parenchimatose diffuse con etiologia oscura o incerta. La così detta itterizia catarrale generalmente attribuita ad occlusione delle vie biliari sembra invece dovuta ad un'alterazione tossi-infettiva del parenchima epatico. Anche l'ittero semplice, del quale si ebbero numerosi casi in forma acuta, subacuta e cronica in Germania ed in Austria durante il periodo della carestia postbellica, è dovuto ad una lesione epatica da carenza alimentare e che talvolta si estrinseca con disordini del contenuto di acqua nei tessuti (edemi, ascite).

In queste condizioni riescono quasi sempre positive le prove dell'urobilina e dell'urobilinogeno nell'urina, prove che costituiscono la documentazione più sicura delle alterazioni parenchimatose del fegato. Al riguardo vale anche la ricerca delle varie specie di porfirina, e sopratutto la prova del galattosio: l'emissione di quantità superiori ai tre grammi in seguito all'ingestione di 40 grammi deve considerarsi patologica.

La reazione di Takata che è negativa nelle lesioni parenchimatose è invece positiva nella cirrosi epatica.

Può anche essere utile la determinazione della colesterina nel sangue.

Un altro segno caratteristico dell'alterata funzione del fegato è il foetor hepaticus, un odore particolare che emana dal paziente del tutto differente da tutti gli altri, anche da quello che si ha nel fegato da stasi.

Il trattamento delle lesioni tossiche del fegato è sopra tutto dietetico. L'alimentazione deve essere prevalentemente se non esclusivamente a base di idrati di carbonio, frutta, verdure, con limitazione dei grassi e delle albumine. Nei casi gravi si praticheranno iniezioni di glucosio con piccole quantità d'insulina. Per provocare l'iperemia del fegato sono indicate le applicazioni calde locali. In alcuni casi giovano i preparati di fegato ed in speciali circostanze si dovrà ricorrere alla trasfusione di sangue.

DR.

TECNICA MEDICA.

L'uso di sangue conservato per trasfusione.

(G. A. ELLIOTT, R. G. MACFARLAM e I. M. VAUGHAN. *The Lancet*, 18 febbraio 1939).

In questi ultimi anni si sono pubblicati vari lavori su questo argomento, sempre partendo dal concetto che può essere necessario specialmente in tempo di guerra avere a portata di mano una notevole quantità di sangue per trasfusione. Le prime esperienze su vasta scala furono fatte in Russia dallo Skundina nel 1933. Poi successivamente si occuparono dell'argomento in Russia Filatov (1937), Yudin (1936 e 1937) e Bagdassarov (1937), in Spagna Duran-Forda e Saxhn nel 1937 e negli Stati Uniti Santus nel 1937 e Goodall 1938.

Gli AA. descrivono dettagliatamente il metodo da essi adottato. Il sangue è raccolto in una bottiglia di vetro da 1 litro, graduata

ogni 100 cc. Questa bottiglia è chiusa da un tappo di gomma attraversato da due tubi di vetro che non penetrano nel recipiente che per pochi centimetri. Uno di questi tubi di vetro è chiuso con ovatta grezza e l'altro è in comunicazione con un tubo di gomma l'estremità del quale è unita ad un ago da fleboclisi. L'ago passa in una provetta, tappata con ovatta. Nella bottiglia si introducono 500 cc. della soluzione preservatrice. Si chiude con una pinza il tubo che conduce all'ago e si fissa la provetta coll'ago alla bottiglia mediante un laccio di gomma. Si sterilizza all'autoclave e poi si aggiunge sotto il laccio una provetta sterile vuota (per prendere il sangue per la Wassermann) e 1 provetta pure sterile contenente 2 cc. di soluzione di estratto di sodio all'1 %.

Il prelevamento di sangue si fa pungendo la vena coll'ago. Si raccolgono 500 cc. di sangue. Se il getto è regolare questo prelevamento si compie in 4-7 minuti. Tolto l'ago dalla vena, si raccolgono alcune gocce di sangue per la determinazione del gruppo sanguigno e alcuni centimetri cubici per la Wassermann. Si toglie l'ago dal tubo, si chiude il tubo colla pinza e il boccione si conserva a 4°. Il giorno seguente se ne tolgono alcuni centimetri cubici per la prova di sterilità.

La soluzione preservatrice è quella usata dal Bagdassarov: cloruro di sodio gr. sette, citrato di sodio gr. cinque, cloruro di potassio centigr. venti, solfato di magnesia centigr. quattro, acqua distillata fino a 1000 cc. Si unisce al sangue in parti uguali.

Le osservazioni fatte sul sangue conservato dimostrarono che si aveva emolisi se il liquido si portava a congelazione. Conservando a 4 gradi si notò che il liquido plasmatico sovrastante le emazie sedimentate si manteneva limpido per 10-12 giorni, qualche volta anche per 20. Poi cominciava l'emolisi.

Per quanto riguarda la sterilità, 20 bottiglie su 30 furono inquinate con stafilococco aureo; ma si può avere una percentuale minore di inquinamenti.

Quando è necessario fare una trasfusione, si unisce al tubo di gomma che porta l'ago da fleboclisi un apparecchio con rubinetto a varie vie e una siringa, che serve da pompa premente, e si fa la trasfusione colla tecnica che è dettagliatamente indicata dagli AA.

Dai numerosi casi in cui fu usato il sangue conservato gli AA. concludono che il sangue non deve essere conservato più di 14 giorni (e anche meno se deve essere trasportato a notevole distanza), che esso non deve presentare emolisi, che può essere adoperato anche se ci sono coaguli, perchè questi sono eliminati per filtrazione al momento della trasfusione. Le reazioni alla trasfusione con sangue conservato non sono più frequenti di quelle con sangue fresco e i risultati terapeutici sono altrettanto buoni.

Nella medesima rivista si sono occupati dello stesso argomento C. R. Boland, N. S. Craiz e A. C. Jacobs (*Raccolta e trasfusione di sangue conservato*) i quali si sono occupati specialmente degli aspetti batteriologici del problema.

Mentre Goodall e poi Grodberg e Carey ritenevano sicura la sterilità del sangue placentare di cui essi si servivano, questi AA. inglesi trovarono invece il 30 % di inquinamenti con stafilococco, b. coli e str. faecalis. Questo naturalmente non è sufficiente a smentire il fatto accertato che numerose trasfusioni sono state eseguite senza accertamento accurato della sterilità mediante cultura e che esse sono state efficaci dal punto di vista terapeutico. Però è bene procedere in modo da ridurre al minimo la possibilità di inquinamento.

La raccolta del sangue di adulto e di placenta è fatta in bottiglie in cui è stato fatto il vuoto e che contengono la soluzione preservatrice di Balachowski. È bene procedere periodicamente ad esami batteriologici del sangue conservato e l'esame va fatto ogni 3-6 settimane.

Su 24 campioni di sangue placentare si ebbe 1 volta sola inquinamento con staph. Albus e collo stesso germe furono trovati inquinati 2 su 40 campioni di sangue di adulti. Quindi la tecnica di questi AA. è certamente più sicura di quella del Goodall.

La trasfusione è fatta con uno strumentario e un metodo molto più semplice di quelli descritti da altri. Essa ha dato dei disturbi come con trasfusione di sangue fresco; però ha permesso una volta di salvare un malato che sarebbe certamente morto se si fosse dovuto cominciare col cercare un donatore. Per questo il metodo della trasfusione di sangue conservato va incoraggiato ed esteso. L.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

M. TRINCAS e S. ZANETTI. *L'ascesso polmonare*, con prefazione di S. E. PAOLUCCI. Vol. in-8° di pagg. 250. Edit. Cappelli, Bologna, 1938, L. 65.

Gli AA. discutono anzitutto della etiopatogenesi dell'ascesso polmonare concludendo che mentre la via bronchiale e quella embolica possono dare ragione di un certo numero di ascessi polmonari, per spiegare la patogenesi del maggior numero degli ascessi è necessario ammettere la via mista (embolica e bronchiale). Danno poi alcune generalità sull'esame radiologico, accennando anche alla stratigrafia e alla broncografia rilevandone l'importanza. Circa la sintomatologia, distinguono un periodo iniziale che non dà comunemente alcun segno clinico nè radiologico specifico, nel quale le varie indagini semeiologiche, radiologiche e di laboratorio hanno un valore di semplice orientamento. Il secondo periodo ha come espressione caratteristica la vomica a pieno canale o frazionata e dopo di essa l'espressione radiologica tipica dell'ascesso (immagine idro-aerea). La vomica può essere seguita da guarigione assoluta e dal terzo periodo o di evacuazione, caratterizzato da continue espettorazioni purulente e putride.

Gli AA. classificano gli ascessi polmonari in base a dati anatomo patologici e clinici distinguendoli in acuti (semplici, fetidi, dall'inizio e gangrenosi) cronici (primitivi, secondari) e in bronchiectasie ascessuate. Trattano indi dell'evoluzione degli ascessi ammettendo la particolare benignità di quelli semplici, mentre gli altri sono in genere maligni se non si interviene precocemente. Esaminano poi le più importanti complicazioni dell'as. p. quali l'emottisi, le pleuriti della grande cavità e mediastiniche, la pericardite, le lesioni osteo-articolari e da ultimo la batteriemia.

Passano quindi a parlare della diagnosi differenziale: 1) con la *pleurite interlobare*, ammettendo essere possibile solo la diagnosi radiologica di essa mentre se vi è suppurazione interlobare, bisogna limitarsi a porre la diagnosi generica di suppurazione della regione scissurale; 2) con il *cancro del polmone* suppurato diagnosi che può essere decisa solo da una strettissima collaborazione clinico radiologica; 3) con la *sifilide polmonare* la d. d. va condotta espletando tutte le indagini cliniche e di laboratorio specie se l'esame radiologico dimostra insieme ad ombre ascessuali la presenza di alterazioni peri-bronchitiche o bronchiectasiche; 4) con le *tubercolosi polmonari* la d. d. non presenta gravi difficoltà; 5) con le *cisti congenite e dermoidi e con quelle da echinococco* la diagnosi differenziale è relativamente facile se esse non sono complicate, diventa invece oltremodo difficile se suppurano; 6) con l'*actinomicosi polmonare* la d. d. è oltremodo difficile; 7) con l'*ascesso amebico* e con la *gangrena polmonare*, ecc. occorrono ricerche di laboratorio discriminative, ecc.

Gli AA. trattano poi molto diffusamente della terapia distinguendola in medica, broncoscopica, pneumotoracica, chirurgica e fisica. Concludono, invero con un certo assolutismo, che non esiste alcuna cura medica capace di guarire un ascesso polmonare ad eccezione di quella con emetina per l'ascesso amebico, e negativa considerano anche la terapia broncoscopica. Controindicano la cura pneumotoracica per le gravi complicazioni a volte mortali che spesso induce e perchè può rendere difficile o addirittura impossibile la cura chirurgica. Espongono i vari metodi di cura chirurgica indiretti e diretti diffondendosi sulla tecnica operatoria, sulle indicazioni e controindicazioni, sul decorso post-operatorio e ribadiscono il concetto che *se un ascesso polmonare non riesce a guarigione entro le 6-8 settimane con le cure mediche e fisiche deve essere affidato al chirurgo* che solo ne può evitare l'esito letale.

Gli AA. trattano da ultimo la cura fisica e, sorvolando sulla roentgenterapia e sulla diatermia, si intrattengono sulla marconiterapia esponendone il meccanismo di azione, ne precisano le indicazioni e le modalità di tecnica, concludendo che essa è un ottimo sussidio terapeutico al servizio del chirurgo, sia che venga usato prima dell'intervento, in attesa di condizioni operatorie più favorevoli, sia che si impieghi dopo l'intervento allo scopo di favorire la risoluzione di alcune suppurazioni ribelli anche alle cure chirurgiche.

In complesso un'opera corredata da oltre 250 tra radiogrammi e schemi che riflette le direttive della scuola chirurgica da cui è presentato e che esaurisce ed aggiorna in maniera originale questo capitolo così importante per la pratica medica.

Z.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

VITTORIO SIRACUSA. *Il giudizio prognostico medico-legale*. Milano. Fratelli Bocca editori, 1939-XVII.

L'A. fa precedere la sua interessante e dotta monografia, che riproduce la relazione da esso fatta al VII Congr. di Medicina legale e delle Assicurazioni in Napoli nell'ottobre 1937, dalla definizione del concetto di « prognosi » in campo clinico e in quello medico-legale, e pone in particolare evidenza l'importanza specifica di ogni definizione prognostica nei suoi riflessi sociali e giuridici, vale a dire nei suoi rapporti con il Diritto.

Ciò è quanto mai esatto, ma, come giustamente fa anche rilevare il Pellegrini, citato dall'A., all'accertamento prognostico deve pre-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

cedere quello diagnostico, vale a dire clinico, poichè se non è ben precisata e chiaramente motivata la diagnosi ogni altro accertamento sarà errato; e noi pensiamo che quello prognostico debba ad esso seguire in secondo tempo perchè, pur rimanendo essenzialmente biologico, sia quindi inquadrato nei termini giuridici, tenendo conto della personalità sociale del soggetto e della interferenza del fatto con le formule del Diritto. Soltanto su questa base e con questo svolgimento delle ricerche, e conseguenti deduzioni sintetiche e critiche, sarà possibile limitare « le difficoltà e le imprecisioni, proprie del resto di tutti i prognostici ».

E pensiamo anche quale alto valore, strettamente giuridico e sociale, avrebbe il concetto che il prognostico clinico debba differenziarsi in medicina-legale per « affinamento e specializzazione polimorfa », — il che presuppone « profonda cultura medica e orientamento giuridico » —, qualora esso entrasse in pieno, e una volta tanto, nella mentalità del magistrato e nella scelta del perito.

Vari sono gli argomenti trattati dal relatore e tutti con particolare competenza: più vastamente quello sulla « pericolosità sociale e degli ammalati di mente », nei quali, fatta eccezione per quei casi che incidono nell'art. 157 del T. U. delle leggi Sanitarie, il giudizio di pericolosità è tutto un giudizio clinico, quanto mai preoccupante nella morsa anticlinica di formule di legge anacronistiche e poco psichiatriche; quello sulle « lesioni personali », e gli altri sul « risarcimento danni da colpa civile » e sull'« indennizzo infortuni e malattie professionali, ecc. », in cui trattasi dello spinoso argomento della valutazione del danno in quanto sia attuale e in quanto potenziale.

In argomenti alquanto controversi l'A. non si priva del « rispettoso ardire » di esporre le sue opinioni, e ciò è quanto rende specialmente interessante la lettura del lavoro, e gli fornisce un'impronta di originalità cortesemente polemica. GIULIO MÒGLIE.

L. HIRSZFELD. *Les groupes sanguins. Leur application a la biologie, a la médecine et au droit.* Masson edit., Paris, 1938, p. 168, Fr. 30.

Il volumetto di Hirszefeld, ben noto nel campo dei gruppi sanguigni, per avere con v. Dungern, scoperto le leggi dell'eredità dei gruppi stessi, è veramente una raccolta di nozioni utili e quanto mai interessanti per il medico, per il biologo e per il giurista.

È nota l'importanza che in questi ultimi anni ha appunto lo studio dei gruppi sanguigni, non solo nel campo della medicina per la trasfusione del sangue, ma anche nella medicina legale e in questi ultimi anni per la ricerca della paternità.

Con stile chiaro e semplice è spiegato in modo sintetico quanto è oggi acquisito nel campo dei gruppi sanguigni e quanto è tuttora da chiarire. Anche chi non ha particolare competenza, può facilmente capire questi problemi di medicina e di biologia messi, pur conservando una stretta esposizione scientifica, alla portata di tutti.

In quindici capitoli si tratta dell'individualità del sangue, dell'eredità, delle proprietà O, A, B, dei sottogruppi, della ricerca della paternità, della maternità, delle varie applicazioni in medicina legale, in criminologia, ecc.

Il volume è caldamente consigliabile a chi voglia avere chiare nozioni in questi importanti e moderni argomenti. CORELLI.

D. D'AMICO. *L'assistenza oculistica nelle carceri giudiziarie centrali di Palermo.* In-4° di 38 pagg. con figg. Estratto da « Lettura oftalmologica ».

All'A. è affidato il Riparto oculistico delle Carceri giudiziarie di Palermo ed egli se ne occupa con grande passione, che oltrepassa i limiti della specialità, considerando il detenuto nel suo complesso fisico e psichico. Come osserva l'A., l'assistenza sanitaria negli Istituti di pena è della massima importanza nella prevenzione del delitto e nella redenzione del delinquente, sicchè l'A. propone di organizzarla a dovere ed in modo univoco. I malati d'occhi, poi, dovrebbero essere riuniti in pochi centri, per una più razionale ed oculata assistenza.

L'A. riporta poi le osservazioni prettamente oculistiche, con dati interessanti, illustrandoli con varie fotografie di malati d'occhi e di « eclatanti » — come egli dice — successi operativi. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Reale Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 1° febbraio 1939.

Presidente: Sen. Prof. GIUNIO SALVI.

Sul preteso potere raggiante del gesso.

BALICE G. — L'O. ha studiato la questione del potere raggiante del gesso ed ha eseguito ricerche di controllo dei risultati ottenuti da Viale e da Protti, gli unici che, prima di lui, si erano occupati dell'argomento.

Il Viale era stato ispirato alla ricerca dalle osservazioni che la cute degli arti, rimasti chiusi in apparecchi di gesso per un certo numero di giorni, si presentava pigmentata, come fosse stata esposta al sole, ed aveva pensato che potesse trattarsi di pigmentazione di origine meccanica o circolatoria, bensì di azione a distanza di origine radiante. Avendo visto impressionare delle lastre fotografiche messe a due millimetri di distanza da placche di gessi in presa, ed avendo visto, anche, che ciò non accadeva se fra gesso e lastre era interposta una sottile lamina di quarzo o di gesso, Viale ammise che si potesse pensare ad un effetto chimico o all'azione di radiazioni ultraviolette brevissime, comunque ad energia radiante sotto forma di raggi ultravioletti.

Protti subito dopo con accurato esperimento, escluse qualsiasi energia radiante; alle stesse conclusioni giunge l'O. dopo ricerche con lastre fotografiche sensibilissime alla gamma delle radiazioni ultraviolette e con lastre ugualmente sensibili alla gamma delle radiazioni infrarosse, sperimentando su dischi gessati asciutti, su dischi gessati bagnati, su dischi di ovatta bagnata non gessata. Egli giunge a conclusioni che negano al gesso qualsiasi potere radiante.

Su di un caso di osteocondrite dissecante e condromatosi del gomito spontaneamente regredite.

TARENTINO A. M. — L'O. presenta il caso di un bambino, sottoposto alla nascita ad un trauma ostetrico, di lieve entità, alla spalla sinistra e presentante, all'età di 15 giorni, una osteocondrite dissecante della epifisi distale dell'omero, con produzioni osteocondromatose situate a contatto di questa epifisi, ma al di fuori della capsula articolare.

L'O. ha osservato clinicamente e radiograficamente l'interno e ha potuto constatare la guarigione spontanea dell'osteocondrite e la scomparsa spontanea della condromatosi fin dal 6° mese dopo la loro constatazione.

Nella breve presentazione clinica l'O. mette in rilievo la poca frequenza della guarigione spontanea, in tempo relativamente breve, della osteocondrite dissecante e la poca frequenza della scomparsa spontanea della osteocondromatosi, citando i pochi casi esistenti in letteratura, riguardanti questa ultima evenienza.

Convegno di Criopatologia.

Nei giorni 18-19 febbraio si è tenuto a Ponte di Legno il 1° Convegno di Criopatologia e lesioni da bassa temperatura, del cui Centro di Studi è presidente il prof. Sabatini, in unione all'VIII Convegno di Medicina e Chirurgia dello sport dello sci ed alpinismo.

I convegni erano indetti dalla Società Medico-Chirurgica Bresciana, presieduta dal prof. Pignatti, e ad essi aveva concesso il suo alto Patronato S.A.R. il Principe di Piemonte.

Il prof. SABATINI ha aperto i lavori rievocando la feconda operosità del Centro di Studi di Criopatologia, che ha condotto già ad importanti acquisizioni dottrinali e terapeutiche, specie per merito degli studi eseguiti nella Clinica Medica di Genova dal prof. Cignolini e collaboratori; ha rilevato che queste indagini interessano una vasta cerchia di studiosi ed hanno una notevole importanza per la preparazione bellica della Nazione, perchè durante il conflitto europeo i casi di congelamento e assideramento furono nell'esercito italiano ben 300.000, e fra questi casi una forte percentuale ebbe per esito la morte o l'invalidità permanente alle fatiche di guerra.

Seguirono le seguenti relazioni: Prof. DI MACCO: *La fisiopatologia dei congelamenti;* Prof. GIANNOTTO: *La chirurgia dei congelamenti;* Prof. CIGNOLINI: *L'impiego della marconiterapia negli assideramenti e nelle ipodermie traumatiche in caso di guerra;* Prof. RAVERDINO: *L'influenza delle cause perfrigeranti sulla produzione degli attacchi acuti di glaucoma;* Maggiore Medico dott. CASTELLANETA: *I congelamenti della storia degli eserciti e i loro insegnamenti profilattici.*

Alla discussione sulla marconiterapia delle ipotermie parteciparono i proff. DELITALA e BOSCOLA.

Nell'assemblea dei Soci del Centro di Studi di Criopatologia il prof. CIGNOLINI espone l'attività sperimentale e clinica del decorso anno; l'assemblea ha dichiarato in vigore lo Statuto del Centro, proposto nella riunione di Brescia del 22 maggio 1937, confermando il Comitato direttivo nelle persone del prof. Sabatini, Presidente; prof. Raverdino, Vice Presidente; prof. Cignolini, Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sprue sintomatica da fistola gastro-colica.

I sintomi principali dello sprue sono dovuti alla insufficienza della digestione e dell'assorbimento nel tenue. A tale riguardo ha valore di un esperimento l'osservazione fatta da W. Mohr (*Deut. Mediz. Woch.*, n. 8, 1939), di sintomi di Sprue in un paziente affetto da fistola gastro-digiuno-colica. I sintomi intestinali erano tipici (diarrea soprattutto di notte e di primo mattino, feci grasse, schiumose, grigiastre). Esisteva anche una anemia, per quanto non di carattere decisamente ipercromica (valore globulare 1) con anisocitosi e punteggiatura basofila ma senza megalociti. Per il vero quadro dello sprue mancavano alcuni sintomi quali la glossite, la osteoporosi, le alterazioni della cute e suoi annessi; la curva glicemica dopo somministrazione orale di zucchero non era quella caratteristica dello sprue. Si trattava quindi di una forma di Sprue sintomatica, cioè di alcuni sintomi caratteristici causati dalla esclusione, per la presenza della fistola, della digestione e del riassorbimento digiunali. P.

Polipolisi multipla associata a rettocolite ulcerosa criptogenetica: studio clinico ed anatomo-patologico.

R. I. Coffey (*Proceedings of the Staff Meetings of the Mayo Clinic*, 4 gennaio 1939) nella clinica Mayo osservò dal 1933 al 1934, 106 casi di poliposi intestinale con rettocolite ulcerosa criptogenetica. Nella maggior parte di questi casi i polipi erano limitati al retto. In parecchi di questi casi con stenosi cicatriziali i polipi si sviluppavano al disopra del punto stenosato. L'esame istologico di questi polipi ha permesso all'autore la distinzione di 3 gruppi: 1) polipi pseudo adenomatosi, (50,20 per cento) piccoli, senza iperplasia ghiandolare; 2) polipi adenomatosi (21,9 %), più grossi dei precedenti con spiccata iperplasia ghiandolare; 3) polipi carcinomatosi (21,9 %) di media grandezza e di colore rosso-scuro.

Questa classificazione offre un certo interesse per la pratica.

Anche Bargen della Clinica Mayo nel suo libro pubblicato nel 1935 riporta 130 casi di poliposi del colon. Egli la considera come complicanza della rettocolite ulcerosa criptogenetica. DE MURO.

La tendenza alla cicatrizzazione delle ulcere peptiche (gastriche, duodenali e digiunali postoperatorie) dopo profuse emorragie. Problemi di indicazione operatoria.

Di fronte a emorragie gravi da ulcere gastriche o duodenali è regola ormai concordemente accettata, che si debba soprassedere all'intervento, mettendo in opera tutti quei sussidi terapeutici (sopratutto piccole trasfusioni ripetute) che facciano cessare l'emorragia. Dopo si potrà in condizioni favorevoli precisare la diagnosi, e decidere la necessità o meno dell'operazione, sulla quale però non vi è ormai discussione. Solo in caso di emorragie ripetute è bene tentare l'intervento immediato.

L'esperienza di molti casi ha dimostrato a R. Alessandri (*Archivio Italiano di Chirurgia*, n. 1, 1938) che spesso esiste una tendenza alla cicatrizzazione della lesione ulcerativa, che è non solo clinica, ma verificata sul pezzo anatomico degli stomaci resecati.

Vengono riferite quattro osservazioni personali, molto illustrative. Poichè in numerosi casi si dimostra la riduzione dell'ulcera e la sua tendenza alla guarigione pressochè completa (reperto obbiettivo del pezzo d'operazione) ci si può domandare se la cicatrizzazione così avvenuta rimanga permanente e non si possa avere la guarigione senza operazione. Ma i casi (3° caso riferito) in cui l'emorragia si ripete, starebbero a dimostrare che la guarigione è affatto transitoria.

Conclude l'A. che in casi di emorragie da ulcera (gastrica, duodenale, o digiunale postoperatoria) anche quando si sia superato il periodo critico, convenga attendere un certo tempo, per osservare se il processo di cicatrizzazione che tende a stabilirsi con molta frequenza, resti permanente; se le emorragie si ripetono conviene non attendere e si deve operare e resecare, assicurando così la guarigione. G. BENDANDI.

Sulle cosidette cisti solitarie da echinococco del peritoneo.

Baiocchi P. (*Rivista di Chirurgia*, n. VIII, 1938) presenta un caso di cisti da echinococco del ligamento gastrocolico, che fu ritenuta solitaria finchè dopo tre anni dall'asportazione, si fece evidente una cisti da echinococco del fegato controllata al tavolo operatorio. Considera le due cisti insorte simultaneamente, non potendosi ammettere la rottura della cista intraepatica e l'emigrazione del parassita esclusivamente nel ligamento gastrocolico. Nel peritoneo l'embrione libero da compressione e da resistenze potè evolvere molto più rapidamente che non nel fegato. Insiste sulla prudenza che si deve usare nel dichiarare primitiva, unica e sola una cisti in sede peritoneale essendo spesso fallace il giudizio che si può ricavare dai dati clinici, radiologici ed anche operatori. FOIANINI.

Nuove ossa al posto delle vecchie.

Il problema degli innesti ossei, dice E. W. Hey Groves (*The Lancet*, 14 gennaio 1939),

presenta sempre molte attrattive. Mentre gli elementi vitali delle ossa devono provenire da tessuto vivente osteogenico, i costituenti minerali possono anche provenire da ossa di animali morti.

Secondo le vedute generalmente accettate l'innesto autogeno muore e la sua funzione è quella di agire da sostegno attraverso il quale penetrano gli elementi vitali dell'osso ospite. Quindi ogni innesto autogeno passa per tre fasi: morte; invasione da parte di tessuto di granulazione, osteoblasti e vasi sanguigni; omogeneità dei tessuti dell'innesto e dell'ospite.

Il successo di un innesto autogeno richiede un campo vascolare asettico, un ampio contatto fra innesto e ospite, una solida fissazione.

Orrel ha tentato con successo la rivitalizzazione di ossa morte (sequestri), estraendole, facendole bollire per 20' e poi riponendole in sito.

Maffi nel 1936 ha proposto di praticare gli innesti con osso spugnoso e l'ha fatto con buoni risultati.

Orrel, seguendo la teoria della morte e della resurrezione dell'innesto, ritiene che l'innesto di ossa di animali sia utile anche senza devitalizzazione colla bollitura ma solo dopo purificazione con procedimenti meccanici e chimici. Egli ha anche applicato un procedimento molto originale: ha praticato un innesto di os purum sulla tibia, cioè di animale purificato e l'ha tolto dopo 3 mesi e l'ha trovato coperto di tessuto di granulazione (os novum). Un frammento di questo os novum è stato poi innestato alla colonna vertebrale, con successo. Questo metodo dell'os purum e os novum è troppo recente perchè si possa darne un giudizio definitivo.

L'A. illustra alcuni casi personali in cui usò vari innesti: una volta un innesto di avorio, una volta un innesto di osso di bue e una volta corna di cervo. *r. l.*

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

La reazione paradossa della pupilla alla luce.

Su questo argomento E. Medea ha fatto il 26 gennaio 1938 una comunicazione al R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere di Milano.

In aggiunta ai 12 casi altra volta comunicati egli ha riferito su tre nuovi casi.

Si trattava questa volta di tre neuroluetici e precisamente di un paralitico progressivo, di un tabetico e di un taboparalitico. Nel primo caso il fenomeno della R. P. era bilaterale ma però mentre da un lato (il destro) il fenomeno della dilatazione pupillare era preceduto da un lieve e rapidissimo restringimento della stessa, dal lato sin. si aveva immediatamente la dilatazione. Circa gli altri due casi soltanto in uno da un lato esisteva lievissimo restringimento di durata assai breve precedente alla dilatazione: in questo caso il fenomeno era bilaterale mentre nel terzo esisteva a sin. tipico Argyll-Robertson e a destra, pur comportandosi normalmente il fenomeno dell'accomodazione, si aveva il fenomeno della R. P. In nessuno dei tre casi esistevano segni sia pure iniziali di atrofia ottica.

L'A. insiste sulle precauzioni necessarie per evitare errori di giudizio e assicura di averle, anche a proposito di questi casi, scrupolosamente osservate.

Fa notare la relativa rarità di lavori in proposito, rarità che corrisponde allo scarso numero di casi comunicati dagli AA.

Per arrivare ad una interpretazione dell'interessante fenomeno, il Medea passa in rassegna i casi osservati dagli altri autori, neurologi o oftalmologi: dal caso di Raggi (il primo osservato fin dall'85 e comunicato appunto all'Istituto Lombardo) a quelli di Morselli, Algeri, D'Abundo tra gli italiani, Leitz, Silex, Piltz, Desbouis, Behr, ecc., ecc., fra gli stranieri. Nella maggior parte dei casi si trattava di neuroluetici, in un caso di atrofia ottica di origine luetica, in un altro dell'esito di un traumatismo alla regione occipitale in soggetto neuropatico. In un caso meningite linfocitaria.

Particolarmente interessante un caso di Pesce della Clinica di Padova nel quale si aveva da un lato abolizione del visus per trombosi della vena centrale della retina.

A proposito della patogenesi della R. P. l'A. ricorda un lavoro di Scotti della Clinica di Cirincione: si sostiene in questo lavoro che a base della R. P. esisterebbe « un abnorme eccitamento delle cellule dello sfintere e una facile esauribilità del tessuto del nucleo e del neurone »: e ricorda pure quanto sostiene Behr che cioè esista nelle sedi dei focolai morbosi uno stato di abnorme e continuo eccitamento che subirebbe una diminuzione o anche un annullamento in seguito allo stimolo luminoso: si avrebbe una diminuzione nel tono degli elementi cellulari e per conseguenza una R. P. della pupilla il cui grado, come nella reazione fisiologica, sarebbe proporzionato a quello dell'intensità dello stimolo. Il fatto della proporzionalità tra stimolo luminoso e dilatazione paradossa — sul quale particolarmente Silex e Leitz hanno insistito — è stato notato in modo caratteristico nel caso del nostro Morselli.

L'A. dà poi notevole importanza alle ricerche di Loewenstein e Franceschetti sulla pupillografia, ricerche che hanno portato grande luce sull'importanza delle alterazioni fini della motilità pupillare: a proposito di tali ricerche essi hanno dato — per quanto si riferisce all'interpretazione del fenomeno della R. P. — il loro parere: si tratterebbe cioè di un fenomeno di amplificazione dell'« affaticamento pupillare » di cui l'intensità può arrivare a tal punto da estendersi a tutte le fasi delle modificazioni pupillari sotto l'influenza della luce.

L'A. ritiene che pei suoi casi (13 neuroluetici e due con atrofia ottica) possano essere

prospettate diverse interpretazioni, le une dell'ordine di quelle avanzate da Scotti e da Behr, le altre basate piuttosto sui concetti esposti da Franceschetti e Loewenstein. Certo è che deve essere invocato l'intervento del simpatico e del parasimpatico. A. P.

EPIDEMIOLOGIA.

Studio sui portatori di bacilli difterici e sui ceppi di bacilli difterici da essi isolati.

Bracci-Torsi C. e Ciampi N. (*Giorn. di Batt. e Imm.*, gennaio 1939) hanno studiato il secreto naso-faringeo di circa 6000 bambini, appartenenti a Scuole Elementari e Colonie Marine del Comune di Pisa, per la ricerca di eventuali portatori di b. difterici, indagando sui rapporti che alcuni fattori — età, sesso, condizioni sociali e stagionali, pregressa infezione difterica, ecc. — possono avere sul numero di essi. Di ciascuno stipite hanno studiato i caratteri morfologici, colturali e specialmente la virulenza, nonchè le trasformazioni subite dai vari ceppi, negli stessi soggetti, in successivi prelevamenti.

Tra i molti dati che gli AA. hanno raccolto, alcuni meritano di essere particolarmente sottolineati.

Un primo gruppo è di importanza squisitamente epidemiologica. Si potè confermare innanzitutto un dato di grande interesse reso noto da Marcuse e Pieper in ricerche prolungatesi per parecchi anni: e cioè che nel periodo di minima morbilità si ha un aumento del numero dei portatori, che raggiunge il suo massimo proprio nei mesi dell'anno in cui la morbilità è minima. La presenza di b. difterici nel cavo rino-laringo-faringeo, che pure fu riscontrata in una percentuale notevolmente elevata di bambini (nel 29,29 %), non apparve legata a precedenti infezioni loeffleriane del portatore o dei famigliari, come non sembrò favorire successive infezioni difteriche sia nel bacillifero che nei famigliari.

In collettività dove si erano verificati vari casi di difterite, si riscontrarono pure percentuali di portatori di b. di Loeffler alquanto elevate, che però non superano ed a volte sono considerevolmente inferiori a quelle riscontrate nell'ambiente scolastico che si potè considerare indenne.

Questo insieme di dati evidentemente impone molte riserve nell'attribuire valore per la diffusione epidemiologica della difterite, ai bacilli difterici dei portatori sani.

Un altro gruppo di osservazioni degno di essere rilevato è quello che si riferisce alle trasformazioni che i b. difterici subiscono nel cavo rino-laringo-faringeo di portatori sani: pur nella relativa irregolarità con cui esse si manifestano, un dato di fatto affiora di maggiore interesse: e cioè che mentre gli stipiti virulenti tendono a perdere la loro virulenza, gli avirulenti tendono a rimanere tali anche in prelevamenti successivi. F. MAGRASSI.

VARIA

Il compito del medico nella elaborazione dei metodi di educazione.

P. Nobécourt (*Gazette des Hôpitaux*, 1° febbraio 1939) rileva che l'educazione e l'istruzione, benchè intimamente legate, devono essere nettamente distinte tra loro.

L'*educazione* è la scienza e l'arte di sviluppare armoniosamente le facoltà psichiche, intellettuali e morali.

L'*istruzione* invece è la scienza e l'arte di insegnare ai bambini ed ai giovani le materie dell'insegnamento scolastico nei suoi vari gradi e di quello tecnico o professionale.

L'istruzione quindi non è che una parte dell'educazione, di cui occupa una parte importante, che però non deve essere eccessiva a scapito delle altre discipline dell'educazione. È una questione di misura, di equilibrio e di armonia, per il cui raggiungimento è indispensabile la collaborazione del medico con l'educatore: si deve avere come scopo la *educazione fisiologica*. È per questo che il medico deve partecipare all'elaborazione dei metodi di educazione.

Bisogna tener presente che i bambini ed i giovani, nella loro costituzione, nelle loro funzioni fisiologiche e psichiche, sono profondamente diversi dagli adulti: è un grave errore dire che il bambino è un uomo in miniatura; il bambino è un altro. In ogni età il bambino o il giovane realizza un essere completo che possiede i caratteri somatici, le funzioni psicologiche e psichiche proprie di questa età.

Due fatti caratterizzano l'infanzia e la giovinezza: l'accrescimento e la pubertà.

Fino alla pubertà il fanciullo presenta come caratteri principali:

1) il bisogno di movimento;

2) la vivacità delle impressioni e delle reazioni, la loro fugacità;

3) la debole resistenza agli sforzi, il facile affaticamento, il bisogno di riparazione.

Di tali caratteristiche bisogna tener conto nel compilare i programmi di istruzione e i metodi di educazione.

Dopo la pubertà l'organismo si perfeziona nelle sue qualità fisiche e psichiche e quindi può essere meglio sfruttato per quanto riguarda l'istruzione, pur tenendosi lontano da ogni esagerazione.

L'A. riprova nettamente la coeducazione dei due sessi.

Il medico quindi, nell'elaborazione dei metodi di educazione fisica, intellettuale e morale, ha il compito di ricordare all'educatore le attitudini fisiche, intellettuali e morali legate alla natura dei fanciulli e dei giovani e le gravi conseguenze per l'organismo di una educazione intellettuale e fisica mal equilibrata, che non riposa su basi fisiologiche.

F. TOSTI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Nella Camera dei Fasci e delle Corporazioni.

La prima assemblea legislativa concepita ed attuata integralmente secondo le direttive del Fascismo, comprende varie insigni personalità delle professioni sanitarie.

Nella Corporazione delle professioni e delle arti i medici sono rappresentati da Federigo Bocchetti e da Franz Pagliani; i farmacisti da Amatore Di Giacomo; i veterinari da Giovanni Cocca.

La nuova Camera comprende altri sanitari, rappresentanti varie Corporazioni: Giorgio Ferreri, Armando ed Ermanno Fioretti, Morelli Eugenio, Raffaele Paolucci, Francesco Pentimalli, Giuseppe Vidau, Sabato Visco.

Esprimiamo il nostro vivo compiacimento per queste designazioni ad un alto compito politico e tecnico.

Il sen. Bastianelli tiene rapporto ai Sindacati Medici dell'Italia Centrale.

Il 12 marzo il commissario ministeriale del Sindacato nazionale medici, sen. Bastianelli, ha tenuto rapporto in Perugia ai Sindacati provinciali delle Marche, del Lazio, dell'Umbria e dell'Abruzzo e Molise.

Nel salone dei Notari, al Palazzo Municipale, presenti il Prefetto, il Federale e tutte le autorità e gerarchie cittadine, si è proceduto alla inaugurazione del gagliardetto del Sindacato interprovinciale medici umbri intitolato al medico, medaglia d'oro Chiavellotti, morto volontario in A. O. Indi il Presidente dell'Istituto provinciale di cultura fascista ha commemorato l'eroico scomparso ed il Podestà ha portato il saluto della città al Commissario ed ai duecento partecipanti.

È seguito il Segretario del Sindacato che ha fatto un'ampia relazione sui problemi interessanti la classe: essa è stata seguita da una discussione cui hanno partecipato molti convenuti. Infine il Commissario ministeriale ha riassunta la discussione illustrando la risoluzione dei problemi.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Reparti di sosta presso i dispensari antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica, Divisione VI - Sezione III) ha diramato la seguente circolare n. 48 ai Prefetti del Regno ed al Governatore di Roma, in data 4 marzo 1939-XVII:

È stata rilevata la tendenza da parte di alcuni Consorzi provinciali antitubercolari di creare, presso i dipendenti dispensari, sezioni di degenza protraentesi anche per varî giorni.

Simili reparti, anche se destinati a persone residenti fuori della sede dei dispensari e con ricovero limitato a un breve periodo di tempo, non possono essere consentiti, giacchè richiederebbero un'attrezzatura complementare, quale i dispensari antitubercolari non possono avere.

È ben vero prescritta presso i Dispensari una camera di sosta, ma essa ha unicamente lo scopo di permettere un temporaneo riposo all'ammalato subito dopo l'intervento pneumotoracico.

E come tali debbono intendersi le camere di soggiorno tollerabili solo nei grandi Centri per ammalati in attesa di visita, con degenza limitata alle sole ore diurne.

Qualche Consorzio giustifica l'istituzione delle citate sezioni di soggiorno a degenza permanente con la circostanza che ammalati, provenienti da località lontane, non potendo rientrare in giornata nella loro residenza, sarebbero altrimenti costretti a prendere alloggio in albergo o in camere mobiliate.

Per tali eventualità possono stabilirsi accordi con gli Ospedali locali, in maniera che gli infermi, i quali si trovino nelle circostanze suesposte, possano essere accolti nei reparti o sezioni apposite degli Ospedali medesimi.

Su quanto sopra prego le VV. EE. di richiamare l'attenzione di cotesto Consorzio provinciale antitubercolare, con invito ad attenersi a quanto con la presente si raccomanda.

Pel Ministro: BUFFARINI.

MEDICINA SOCIALE

La tessera sanitaria per i domestici.

Il Consiglio dei Ministri del 15 marzo ha approvato l'istituzione di una tessera sanitaria per il personale addetto ai servizi domestici. Lo schema di disegno di legge sarà a suo tempo esaminato dalle competenti Commissioni legislative alla Camera dei Fasci e delle Corporazioni e dal Senato e poi promulgato.

Con esso si vuole salvaguardare la salute dei componenti le famiglie in cui tale personale è occupato e specialmente i bambini dal contagio di gravi malattie, che potrebbe essere diffuso dai domestici. Il provvedimento va quindi inquadrato nella grande e molteplice azione svolta dal Regime per la tutela dell'integrità della razza.

Con le nuove disposizioni i domestici vengono sottoposti ad un'efficace vigilanza sanitaria diretta ad assicurarsi che essi siano esenti da malattie infettive o da postumi di esse. Così le famiglie verranno salvaguardate da eventuali pericoli. Il documento che comproverà l'assenza di tali infermità sarà costituito dalla nuova tessera sanitaria di cui il personale di servizio dovrà essere fornito. Inoltre questo avrà l'obbligo di sottoporsi, prima di assumere il servizio, ad una visita medica di accertamento e successivamente a periodiche visite di controllo. Il Governo Fascista si è preoccupato che l'obbligo della tessera e della visita sanitaria non costituisca un onere per questa numerosa categoria di lavoratori ed ha perciò stabilito che la fornitura del documento e la prestazione sanitaria siano completamente gratuite.

CONCORSI.

Posti vacanti.

CHIETI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — È aperto pubblico concorso, per titoli ed esami, a due posti di Medico Direttore per le Sezioni dispensariali di Igiene sociale di Istonio ed Atessa. Detti posti sono retribuiti con l'annuo stipendio di L. 7200, suscettibile di quattro aumenti quinquennali del decimo, al lordo delle ritenute, delle riduzioni e degli aumenti, in conformità delle disposizioni legislative in vigore. Per servizi fuori residenza, sarà corrisposta l'indennità di missione prevista nel regolamento. Obbligo di servizio per non meno di due ore al giorno e per almeno 3 giorni della settimana, compresa la domenica. È consentito il libero esercizio medico-chirurgico in luogo ed in ore estranee a quelle di ufficio. Età non superiore agli anni 40 alla data del 16 marzo 1939, salvo eccezioni di legge in vigore. Le domande in carta da bollo di L. 4, insieme ai documenti prescritti nel bando di concorso che reca anche le modalità e le altre formalità dei medesimi e che la Segreteria invia a richiesta, debbono pervenire alla Segreteria del Consorzio antitubercolare di Chieti, Palazzo della Provincia, non oltre le ore dodici del 23 maggio 1939.

FORLÌ. *Ospedale e Orfanotrofi Raggruppati.* — Fino al 29 aprile 1939, ore dodici, è aperto il concorso per titoli ed esami ai posti di aiuto medico, aiuto chirurgo, assistente medico, assistente chirurgo, presso l'Ospedale « G. B. Morgagni » ora con posti letto 300 da portarsi quanto prima a 600.

Stipendio L. 4000 e 3000 annue rispettivamente con riduzioni, aumenti e ritenute di legge, oltre compartecipazione sugli onorari nella misura che verrà fissata dall'amministrazione (attualmente è di circa L. 2000 mensili per gli aiuti e L. 1000 per gli assistenti).

Saranno inoltre assunti, come avventizi, 2 assistenti di medicina ed 1 di chirurgia scelti in ordine di graduatoria dopo i primi eletti e ciò in attesa della riforma dell'organico.

Per altri chiarimenti rivolgersi alla segreteria dell'Ospedale.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Per la succursale di Cernusco sul Naviglio: primario medico direttore: stip. L. 24.000, indenn. residenza L. 4500, alloggio; aiuto chirurgo: stip. L. 6450, indenn. trasf. L. 3000, aumento di L. 950 dopo il 1° biennio; cinque assistenti: stip. L. 5600, serv. att. L. 360, indenn. trasf. L 2400, aumenti. Primario oculista; L. 7850. Per tutti: tit. ed es.; scad. 28 marzo, ore 16.

REGGIO CAL. *Ospedali Riuniti « G. Malacrino » e « F. Bianchi ».* — Concorsi per titoli ed esami a primario chirurgo ed a primario ostetrico; stipendi rispettiv. L. 14.800 e L. 8000; due quinquenni decimo; compartecipaz. Scad. ore 16 del 31 marzo. Domanda e titoli alla Segreteria; informazioni della Direzione Medica.

RR. Prefetture.

Sono indetti i seguenti concorsi:

A) per condotte mediche nelle province di:

Agrigento, 6 posti; scad. 15 aprile;
Aosta, 8 posti; scad. 22 aprile;
Asti, 16 posti; scad. 30 marzo, ore 18;
Belluno, 3 posti; scad. 15 aprile;
Benevento, 5 posti; scad. 15 maggio, ore 12;
Bologna, 13 posti; scad. 30 aprile, ore 12;
Brescia, 24 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Campobasso, 9 posti; scad. 30 aprile;
del Carnaro, 3 posti; scad. 30 aprile;
Catania, 6 posti; scad. 15 aprile;
Chieti, 7 posti; scad. 31 marzo, ore 12;
Cremona, 6 posti; scad. 31 marzo, ore 16;
Ferrara, 7 posti; scad. 29 aprile, ore 12;
Fiume, 13 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
La Spezia, 2 posti; scad. 15 aprile, ore 18;
Macerata, 11 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Matera, 2 posti; scad. 30 aprile, ore 18;
Modena, 9 posti; scad. 31 marzo;
Palermo, 14 posti (2 nel capol.); scad. 31 maggio, ore 19;
Perugia, 15 posti; scad. 30 aprile, ore 16;
Pesaro, 17 posti; scad. 31 marzo, ore 12;
Pescara, 2 posti; scad. 30 aprile;
Piacenza, 6 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Ravenna, 2 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Reggio Em., 5 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Siena, 6 posti; scad. 31 marzo;
Messina, 3 posti; scad. 30 aprile;
Trento, 10 posti; scad. 31 marzo, ore 18;
Terni, 11 posti; scad. 31 maggio;
Udine, 19 posti; scad. 31 marzo, ore 18.
Vercelli, 12 posti; scad. 15 aprile.

B) per Laboratori provinciali d'igiene e profilassi (Sezione medico-micrografica):

Asti, assistente; scad. 31 marzo;
Campobasso, assist.; scad. 30 aprile, ore 18;
Foggia, assistente; scad. 30 aprile, ore 18;
Macerata, coadiutore; scad. 30 marzo, ore 12;
Mantova, assist.; scad. 30 aprile, ore 18;
Parma, direttore e coadiutore; scad. a tutto il 30 aprile;
Pavia, coadiutore e assistente; scad. 15 aprile, ore 18.
Pistoia, coadiutore; scad. 30 aprile;

C) per ufficiale sanitario e medico capo dell'Ufficio d'igiene di:

Asti, assistente: scad. 31 marzo;
Cremona, capoluogo; scad. 31 marzo, ore 16;
Imperia, capoluogo; il concorso è riservato;
Lecce, per un consorzio; la scadenza sarà notificata ulteriormente;
Savona, per consorziali; scad. 31 marzo.

D) Dispensari antivenerei:

Aosta, direttore, scad. 15 aprile.

E) Istituti Provinciali per l'Assistenza all'Infanzia illegittima:

Asti, direttore sanitario (stip. L. 10.000, 3 trienni dec., indenn. serv. att. L. 2000); scad. 24 aprile, ore 12; sono escluse le donne.

Per i bandi di concorso, schiarimenti ed altre informazioni rivolgersi alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

Consorzi provinciali antitubercolari.

Fiume, direttore del Consorzio; stip. L. 19.000, 4 aumenti dec., indenn. serv. att. L. 5400, indennità funzioni L. 2500. Scad. 20 aprile, ore 18. Segreteria dell'Amministraz.: palazzo della Provincia, via Carducci 21;

Genova, per vice-direttore; stip. L. 18.000 e 4 quinquenni dec.; indenn. carica L. 9000; scad. 8 maggio, ore 18;

Piacenza, direttore delle Sezioni dispensariali; L. 12.500 e 5 quadrienni dec. Scad. 31 marzo, ore 17.

Reggio Em., aiuto medico del dispensario; stip. L. 12.000, 4 quadrienni dec., indenn. serv. att. L. 2500; scad. 31 marzo, ore 18. Rivolgersi alla Segreteria.

Per altri schiarimenti ed informazioni rivolgersi alle rispettive Segreterie.

Federazione delle Casse Mutue di malattia per i lavoratori dell'Industria.

Pesaro: capo del servizio sanitario dell'Ufficio prov. fascista; L. 15.000 e tredicesima mensilità; scad. 60° giorno dal 10 febbraio.

Reggio Emilia: id.; L. 21.600 e tredicesima mensilità; scad. 60° giorno dal 31 gennaio.

Borse di Studio.

Assegni per il corso di aggiornamento medico.

Il Commissario ministeriale del Sindacato nazionale fascista dei medici, sen. Raffaele Bastianelli, ha deciso di mettere a disposizione dei Sindacati provinciali fascisti dei medici di Bolzano, Trieste, Cosenza, Potenza, Campobasso, Sassari, Cagliari e Nuoro, ventiquattro borse di studio, di lire 1500 ciascuna, da assegnare a tre medici di ciascuna provincia per la frequenza del « Corso di aggiornamento per medici » che si terrà nel mese di maggio prossimo a cura della Scuola medica clinico-ospitaliera di Roma.

Con questa iniziativa, che sarà ripetuta e sviluppata negli anni seguenti, a seconda delle disponibilità materiali del Sindacato nazionale fascista dei medici, si intende portare sul terreno delle concrete realizzazioni l'attività che è affidata al Sindacato stesso, secondo lo spirito e la norma dell'ordinamento corporativo fascista, attività intesa a curare la diffusione tra i propri inscritti della cultura medica, sia scientifica che pratica.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

L'Accademia di Storia dell'Arte sanitaria in Roma ha giudicato il concorso del 1938 ai tre premi di lire mille ciascuno di « Fondazione Massimo Piccinini » per rivendicazioni italiane nel campo della scienza sanitaria. Sono stati assegnati due premi, e ne sono risultati vincitori lo studente in medicina Vincenzo Castaldi di Marradi (Firenze), che ha illustrato la dimenticata figura di un medico toscano, Odoardo Linoli, quale precursore un secolo fa (1838) del Weil (1886) nel descrivere l'ittero infettivo; e il dott. Alfredo Giannini di Firenze, che ha dato la documentazione, per datazione e per iconografia, che nel 1800 Domenico Batini descrisse in Siena il megacolon congenito, attribuito poi a Hirschprung (1888). I vincitori del concorso sono uno figlio e l'altro allievo del prof. Castaldi, direttore dell'Istituto Anatomico dell'Università di Cagliari e segretario generale della Società italiana di Storia delle Scienze mediche e naturali.

Il presidente degli Stati Uniti, Roosevelt, ha nominato direttore generale del servizio di sanità della Marina il prof. Ross T. McIntere, che durante gli ultimi 5 anni è stato suo medico alla Casa Bianca.

NOTIZIE DIVERSE

L'opera della Croce Rossa Italiana in Spagna

La Croce Rossa Italiana, che può vantare una lunga tradizione di gloria e di umanità e che in ogni evento della storia guerriera della Patria è stata onorevolmente in linea, non poteva non esser presente, colla sua opera altamente civile, alleviatrice dei dolori inevitabili della guerra, anche nella campagna fascista in terra di Spagna. Mentre a migliaia i legionari volontari italiani versavano il loro sangue, la Croce Rossa Italiana sentì l'imperativo categorico che da quel richiamo sorgeva, e fedele al proprio motto « Inter arma charitas » ha portato il sollievo della sua assistenza per salvare il maggior numero possibile di vite umane.

Dell'opera di questa grande istituzione in Spagna parla diffusamente in un suo scritto il presidente senatore Filippo Cremonesi. Egli ricorda che le prime unità sanitarie partirono nel Natale del 1936.

Ma già prima di allora la Croce Rossa Italiana aveva dato la sua fraterna collaborazione ai numerosi profughi, che all'inizio della lotta tentavano di sfuggire ai barbari eccidi, curandone l'assistenza, a mezzo delle sue infermiere su navi-ospedale e provvedendo al ricovero, nei nostri istituti di cura e di rieducazione fisica, dei mutilati spagnuoli, mentre si interessava pure per il rientro, nella Spagna nazionale, delle suore e del personale religioso scampato al massacro.

In seguito all'afflusso costante dei volontari italiani che accorrevano in Spagna per rispondere ad un appello fatto in nome di alti ideali, la Croce Rossa Italiana, il 22 dicembre 1936, provvide, nel termine di pochi giorni, all'invio di due ospedali attendati completi di personale, di materiale e di apprestamenti sanitari, di un nucleo chirurgico particolarmente attrezzato, di una autoambulanza radiologica e di vari automezzi sanitari. Il personale, tutto volontario, era costituito da 15 ufficiali medici ed 87 sottufficiali, graduati e militari.

Tali unità non appena pervenute in terra spagnola, entrarono immediatamente in azione dislocate dal comando truppe volontarie nelle località ove maggiormente necessitava la loro opera soccorritrice. Intanto si pensò anche ad un primo invio di infermiere volontarie, affinchè anche esse, a fianco del medico, dessero il loro contributo tecnico e spirituale alla assistenza dei legionari. L'esperimento dimostrò subito l'efficacia di una tale collaborazione, tanto che in prosieguo di tempo furono inviate altre otto infermiere volontarie e successivamente, a vari scaglioni, ancora 50 infermiere professionali che raggiunsero le sorelle precedentemente inviate.

Oltre a questo nucleo destinato ai servizi di terra, ben 150 infermiere volontarie si sono imbarcate sulle navi-ospedale per assistere gli eroici legionari feriti che rientravano in Patria. Inoltre la riconosciuta perizia tecnica del personale medico italiano fece sì che si effettuassero numerose richieste suppletive di esso, così che altri contingenti di personale raggiunsero il numero considerevole di 87 ufficiali medici, farmacisti e cappellani, nonchè 225 sottufficiali graduati di truppa e militari.

Nel novembre 1937 la Croce Rossa Italiana mobilitava e faceva partire per la Spagna un altro

ospedale da guerra completo di personale e di materiale, provvedendo anche allo invio di ingenti quantitativi di medicinali.

L'articolo segnala il comportamento eroico di queste nostre unità ripetutamente poste all'ordine del giorno dalle supreme autorità militari, ricordando che numeroso personale è stato individualmente insignito di ricompense al valore. L'articolo conclude dicendo che la Croce Rossa Italiana, portata dallo spirito innovatore del Fascismo ad essere una grande istituzione del Regime, sempre presente a fianco dei combattenti che scrivono col sangue le pagine eroiche dei destini della Patria, ha portato, come ideale simbolo di un superiore spirito di solidarietà umana, da Malaga a Barcellona, la fede, l'azione e il sacrificio per divenire meritevole del sacro patrimonio spirituale della nuova Europa additata dal Duce.

Congressi e convegni.

Ricordiamo che il 4° Congresso internazionale di patologia comparata avrà luogo in Roma dal 15 al 20 maggio, presso il Consiglio Naz. delle Ricerche. I lavori saranno divisi in tre Sezioni: Medicina umana, Medicina veterinaria e Fitopatologia. Temi di relazione: « Malattie da ultravirus »; « Eredità in patologia »; « Funzioni di antigeni associati »; « Processi regressivi nelle piante ». Tra i relatori sono i proff. A. Castellani, A. Lanfranchi, L. Petri, G. Petragnani, A. Zironi. Quota: per i membri titolari L. 250; per gli associati L. 100. La segreteria ha sede presso il Consiglio Naz. delle Ricerche, piazzale delle Scienze, Roma. A richiesta s'invia il programma.

La 6ª Riunione del Comitato europeo d'igiene mentale è indetta a Lugano dal 4 al 6 giugno; tema in discussione: « Comprensione mutua e igiene mentale ». Tassa d'iscrizione fr. svizzeri 5. La riunione sarà preceduta, il 3 e il 4 giugno, dall'assemblea delle Società Svizzere di psichiatria e di neurologia.

Corsi di perfezionamento.

L'Istituto di Malariologia « Ettore Marchiafava », diretto dal prof. G. Bastianelli, ha organizzato due corsi di malariologia: uno per medici italiani, l'altro internazionale. Il primo si svolgerà dal 24 luglio al 10 settembre; tassa d'iscrizione L. 100, più L. 100 per la gita d'istruzione. Il secondo si svolgerà dal 25 luglio al 20 settembre; tassa d'iscrizione L. 400; importa della gita L. 900.

A richiesta s'inviano i programmi dettagliati. Rivolgersi alla segreteria dell'Istituto, Policlinico Umberto I, Roma.

Si è pubblicato il programma dettagliato dei corsi di aggiornamento per medici stranieri organizzati dall'I.R.C.E. in Roma, dal 5 al 22 giugno. Richiederlo alla sede, via Lazzaro Spallanzani 1-A, Roma.

L'Istituto oncologico di Milano.

Si è pubblicata la relazione dell' « Istituto Nazionale Vitt. Em. III per lo studio e la cura del cancro », riguardante il 1938 (più esattamente il periodo dal 21 dicembre 1937 al 23 dicembre 1938), a cura del direttore S. E. Rondoni.

Il numero dei ricoverati è stato di 1736, ai quali ne vanno aggiunti 110 preesistenti, con un totale di 50.519 giornate di presenza, una media giornaliera di 138.5 presenze ed una media di ricovero per ogni malato di giorni 27. Si ebbero 90 decessi. Gl'interventi chirurgici furono 403 (contro 297 nel 1937, 280 nel 1936, 139 nel 1935); la mortalità chirurgica è rappresentata da soli 6 decessi. Nella Sezione biologica le ricerche sperimentali sono state in numero di 1569.

Confortevole è l'incremento dei malati curabili, che si presentano spontaneamente o dietro invio dei sanitari, secondando l'azione del Governo nazionale per una più efficace lotta contro il flagello.

Durante l'anno si sono pubblicati 41 lavori, di cui 20 compiuti nella Sezione biologica, 5 in quella anatomo-patologica, 8 in quella medico-chirurgica e 8 in quella radiologica.

Nel Consiglio superiore della demografia e della razza.

Il Duce ha chiamato a far parte del Consiglio Superiore della Demografia e della Razza, istituito con R. D. 5 settembre 1938-XVI, i seguenti medici: prof. Filippo Bottazzi, ordinario di fisiologia umana, R. Università Napoli; prof. Vito De Blasi, docente di ostetricia e ginecologia, R. Università Genova; prof. Cesare Frugoni, ordinario di clinica medica generale, R. Università Roma; prof. Giunio Salvi, ordinario di anatomia umana, R. Università di Napoli; prof. Francesco Valagussa, docente clinica pediatrica, R. Università di Roma. Ne fanno parte, inoltre, come membri di diritto i medici: prof. Giovanni Petragnani, direttore generale della Sanità pubblica; prof. Sabato Visco, designato dal Ministero della Cultura popolare.

Per la salute della razza.

In occasione delle nozze di S. A. R. Maria di Savoia con S. A. R. Luigi di Borbone-Parma, l'Amministrazione Provinciale di Parma ha deliberato l'erogazione di L. 300.000 ripartite in parti uguali a favore della G. I. L., del Consorzio Provinciale antitubercolare e della Federazione provinciale dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia di Parma. L'Amministrazione provinciale di Bari ha deliberato di istituire un Centro provinciale di malarioterapia per bambini paralitici, da intitolarsi al nome dell'Augusta Principessa; anche la Federazione dell'Opera Maternità ed Infanzia di Bari ha voluto associarsi all'omaggio della provincia deliberando di intitolare al nome dell'Augusta sposa il consultorio materno ed infantile di Noicattaro, in corso di attuazione. Il Rettorato della provincia di Alessandria ha destinato, nella fausta occasione, lire cinquantamila per la casa della Madre e del Bambino in quel capoluogo.

Azioni giudiziarie.

Il Consiglio di Stato — V Sezione — ha deciso su di un ricorso presentato dal dott. Stefano Morabito di Messina, il quale chiedeva l'annullamento di una deliberazione podestarile 9 settembre 1936, con cui, in seguito a concorso, venne nominato il dott. Leuzzi medico condotto del Comune di S. Stefano di Aspromonte.

Avverso tale ricorso resistette il Comune, costituendosi in giudizio.

Il Consiglio di Stato, con sentenza del 17 gennaio scorso, ha rigettato il ricorso del Morabito,

ponendo così termine ad un giudizio, che si trascinava dal 1932 e che aveva dato luogo ad altre due sentenze del medesimo Consiglio di Stato.

Alcuni odontotecnici della provincia di Bolzano, anche a nome di altri loro colleghi, hanno prodotto ricorso al Consiglio di Stato contro la decisione dei Ministeri dell'Interno e dell'Educazione nazionale, che negarono il riconoscimento del diritto all'esercizio di odontoiatria, o quanto meno all'esercizio dell'assistentato odontoiatrico secondo la legge vigente nelle terre irredente al tempo dell'ex-regime.

I ricorrenti facevano presente che avevano acquisito il diritto all'esplicazione di alcune attività inerenti alla professionale di odontoiatra con la denominazione di assistenti, in base alla legge austriaca 20 marzo 1892 e che, estese alle nuove provincie italiane le disposizioni di legge vigenti nel Regno sull'esercizio dell'odontoiatria, ne erano stati esclusi, mentre le norme transitorie del Testo Unico sulle leggi sanitarie avevano autorizzato i concessionati.

Il Consiglio di Stato (IV Sezione), ha ritenuto i ricorsi privi di consistenza giuridica e li ha rigettati.

Al tribunale di Roma è in corso un processo intentato dai coniugi ing. Enrico Della Morte e Wanda Caimmi contro il dott. Luigi Cassarani Orsi, gestore di una farmacia, da cui venne fornito solfato di magnesio misto per un terzo incirca a solfato di zinco; donde un avvelenamento dei due coniugi, riconosciuto dal dott. Mauri. Nella signora i disturbi si emendarono presto, mentre durarono circa due mesi nel marito, che si era appena rimesso da una forma influenzale e si trovava in condizioni di minore resistenza. L'imputato si è difeso affermando d'aver acquistato il prodotto presso una Casa di Milano come solfato di magnesio. Il Tribunale, su richiesta del P. M., ha ordinato l'ulteriore accertamento di tale affermazione e delle eventuali responsabilità relative, come pure una perizia sull'entità delle conseguenze subite dai coniugi Della Morte.

Caso occorso in Inghilterra: un operaio 17enne riportò un trauma al ginocchio il 2 gennaio 1932; venne trattato con tintura di iodio. Dopo un lungo periodo di silenziosità, al ginocchio comparvero gonfiore e dolore; il 25 febbraio 1937 il paziente fu accolto nell'ospedale di Windsor, donde fu trasferito nell'ospedale di Londra Ovest. Posta diagnosi di sarcoma, si amputò l'arto, il 9 marzo 1937; l'esame anatomico confermò la diagnosi. Solo il 17 novembre 1938 il paziente avanzò richiesta d'indennizzo, adducendo che la malattia era stata consecutiva all'infortunio. Due perizie mediche hanno espresso pareri contradittori: una considera il trauma quale un fattore causale del sarcoma; l'altra considera il sarcoma quale una coincidenza fortuita. Il Tribunale della Contea di Windsor ha deliberato di non poter emettere un giudizio, anche in considerazione del fatto che la denunzia è stata tardiva.

Un po' dovunque.

Il 13 marzo ha inaugurato la sua attività nella provincia di Roma l' « autotreno sanitario », con visite a Ladispoli, Cerveteri e S. Marinella; esso consta di una motrice ed un rimorchio; il servizio comprende varie attività ed è disimpegnato a turno da vari medici specialisti, coadiuvati da due crocerossine. Ha lo scopo di facilitare i compiti diagnostici dei medici condotti e di visitare i dipendenti della G.I.L., di cui redigerà le cartelle biotipologiche.

Il Duce ha ricevuto il prof. Giuseppe Maggiore, rettore dell'Università di Palermo, il quale gli ha fatto omaggio di alcune sue pubblicazioni, tra cui il volume, comparso recentemente, su « Razza e Fascismo ».

L'8 marzo si è tenuta a Parigi una delle « Riunioni medico-chirurgiche di morfologia », nell'anfiteatro della Scuola di antropologia, sotto la presidenza del dott. C. Claoué. Sede dell'fficio di presidenza: rue Scheffer 39, Paris XVIe.

Il 3 e il 4 marzo si sono svolte a Parigi le « Giornate mediche franco-jugoslave ».

Il prof. Jura, direttore della patologia chirurgica e propedeutica clinica di Bari, ha tenuto la sua prolusione sugli orientamenti e le necessità che s'impongono a tale disciplina ai fini degli sviluppi didattici e scientifici nuovi in ottemperanza alle norme legislative recenti, che rendono tale materia obbligatoria per due anni.

Il dott. Pantaleo Paladini, di Verona, è stato oggetto di una manifestazione di simpatia, da parte di un gruppo di amici, per la sua « erumogenesi », concezione che attribuisce l'attività dei rimedi, eruma, allo sviluppo di energie.

Il dott. Mario Gandini ha tenuto una conferenza nell'aula magna dell'Istituto di Cultura fascista di Milano, sul tema: « La lotta del Regime contro la tubercolosi ».

Il direttore della Sanità Pubblica ha visitato il Dispensario antitubercolare di Capena.

Il Sindacato provinciale dei medici di Padova ha aperto una pubblica sottoscrizione, il cui ricavato sarà devoluto per intestare un letto al nome del compianto dott. Mario Marzemin.

Ha preso congedo dall'Università di Francoforte sul Meno, il prof. Franz Volhard, professore di medicina interna, particolarmente noto per i suoi studi sulla funzione renale.

Il prof. Giuseppe Tallarigo, ordinario di biologia all'Università di Roma, ha tenuto nell'Accademia femminile della G.I.L. in Orvieto, una conversazione contro lo spreco alimentare.

Si è recato in Addis Abeba il prof. Weigl, patologo polacco, specializzatosi nello studio e nella cura del tifo esantematico, contro cui ha allestito un vaccino. Egli è stato accompagnato dalla dottoressa Herzig e dal chimico Lenortovich. La missione venne ricevuta dal prof. Mariani, direttore dell'Ufficio d'igiene e profilassi del Municipio di Addis Abeba, il quale era già stato, per un certo periodo, nell'Istituto del Weigl, di cui aveva apprezzato le ricerche e adottato il metodo di allestimento del vaccino. Scopo precipuo della visita è l'isolamento dei virus locali per la preparazione di vaccino « in loco », così da provvedere a tutti i bisogni per intensificare l'azione profilattica.

La F.I.D.A.L., aderendo al desiderio della Federazione Italiana Medici sportivi, ha stabilito che i medici regolarmente inquadrati nella F.I.M.S. abbiano libero accesso alle manifestazioni sportive, dietro esibizione della tessera.

Un corso complementare di igiene pratica per aspiranti alla carriera sanitaria si terrà nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Parma, a partire dall'1 maggio, per la durata di un bimestre; modalità consuete. Tassa L. 400.

Al Policlinico di Napoli sono state ricoverate quattro persone con sintomi d'avvelenamento, consecutivi a consumo di formaggio pecorino preparato e venduto da una colona che, non autorizzata, sfuggiva al controllo sanitario; ella è stata arrestata e denunziata all'autorità giudiziaria.

Il prof. Eugenio Morelli, direttore dell'Istituto Forlanini di Roma, ha tenuto in varie città del Portogallo un ciclo di conferenze scientifiche per medici e studenti, trattando di problemi della tisiologia e facendo conoscere le dottrine e i recenti progressi della scienza italiana in tale campo. Le conferenze sono state tenute per invito dell'Istituto italiano di cultura di Lisbona. Calorosissime accoglienze sono state fatte al Morelli.

In Francia è stata costituita, presso il Ministero delle Colonie, una Commissione consultiva sulla tripanosomiasi.

Il Senato francese ha in studio una proposta di legge del sen. Portman, che stabilisce l'esame di ammissione al corso di studi medici, dopo un biennio universitario di preparazione: essa ha lo scopo di limitare la pletora medica.

Un violento incendio è scoppiato in un padiglione dell'Ospedale provinciale per le malattie mentali di Lilla. A grande stento poterono essere sgombrati tutti i malati. Un autocarro dei pompieri travolgeva un passante e ne fratturava gli arti inferiori.

Il Governo britannico ha costituito un Comitato d'inchiesta sulla tubercolosi nel Paese di Galles; risulterebbe dai dati raccolti che la diffusione del morbo nella regione è dovuta alle pessime condizioni degli alloggi per la classe povera.

Il prof. Giulio Chiarugi, reputatissimo anatomico, ha festeggiato il suo 80° compleanno.

Il prof. J. P. Cardamatis, reputato malariologo e tropicalista di Atene, ha compiuto 80 anni il 9 marzo.

La Principessa di Piemonte ha inaugurato a Napoli una nuova Casa per la Madre e pel Fanciullo destinata alla zona di Capodichino (alla cerimonia era presente il cardinale Ascalesi) ed un Consultorio ostetrico in via Giannone; ha poi visitato il dispensario antitubercolare « Vincenzo de Giaxa ».

È deceduto a Parigi, in età di 82 anni, il dott. ANTONIO BECLÈRE, notissimo per l'attività spiegata nel campo della radiologia medica, di cui fu un antesignano.

Tra i suoi molti contributi originali, vanno particolarmente ricordati quelli sulla roentgenterapia dell'ipofisi e quelli — divenuti classici — sulla roentgenterapia dei fibromi uterini.

Egli organizzò il primo insegnamento di radiologia medica e per un trentennio istruì migliaia di allievi in tale campo.

Prima di dedicarsi alla radiologia, aveva compiuto pregevoli ricerche sull'immunità antivaiolosa; negli ultimi anni aveva ripreso lo studio sperimentale dell'immunità nelle malattie infettive e si era anche occupato della patogenesi degli oncomi.

Ha presieduto l'Accademia di medicina di Parigi; era dottore « honoris causa » di varie Università. In occasione del suo 80° compleanno, gli furono tributate moltissime attestazioni di ammirazione e di devozione da tutti i Paesi. A. P.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 3 Aprile 1939 - XVII Num. 14

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. CESARE FRUGONI.

Su di un caso di cisticercosi generalizzata grave.

Dott. MARIO AUSTONI.

La cisticercosi umana è molto meno rara di quanto comunemente si creda; ma il più spesso si tratta di una infestione assai scarsa e con localizzazioni limitate ad organi isolati o a poche parti soltanto (muscoli, cervello, sottocutaneo, occhio, ecc.). Molto spesso anche è il coltello del settore od un esame radiografico che rivelano qualche cisticerco che nessuno aveva mai sospettato e che di sè non aveva mai dato segno. Invece quella che è assai poco comune è la forma generalizzata.

Su questa malattia nel secolo scorso vennero compiuti numerosi studi anatomici e parassitologici, che sono stati riassunti da Danielsen (8); già da questo Autore veniva messa in rilievo la rarità della forma generalizzata, confermato da Brumpt (3) e da Vosgien (28); quest'ultimo riferisce, che, su 907 casi della letteratura da lui riuniti, ben 807 sono cisticercosi di un solo organo, mentre gli altri 100 riguardano localizzazioni a più organi, benchè non tutti realizzino la cosidetta forma generalizzata. E queste cifre acquistano tanto maggior rilievo se si pensa come sia difficile che una C. generalizzata sfugga all'osservazione, mentre, per la C. di uno solo o di pochi organi, tale evenienza è abbastanza probabile quando la localizzazione non è superficiale e la sintomatologia evidente.

Nell'ultimo triennio poi si andò precisando in numerosi lavori e monografie [Guccione (13), Henneberg (12), Marchand (17), Vosgien (28)] il quadro clinico della cisticercosi cerebrale, che più di tutte le altre forme, dà una sintomatologia ricca ed abbastanza caratteristica. La cisticercosi poi dell'occhio è assai ben conosciuta. La radiologia in questi ultimi tempi ha contribuito a facilitare la diagnosi

dell'infestione sul dato delle caratteristiche immagini di cisticerchi calcificati dei muscoli e di qualche organo, ma tuttavia la malattia rimane sempre di difficile diagnosi durante la vita dell'infermo, quando localizzazioni superficiali non la possano far sospettare.

La cisticercosi umana offre, in relazione alle differenti localizzazioni che può presentare, una sintomatologia così multiforme, che non è possibile fissare con precisione un fedele quadro di ciascuna forma. Ogni caso, si può dire, presenta qualche particolarità clinica o anatomica sua propria.

Nella cisticercosi di organi od apparati isolati (c. della muscolatura o del sottocutaneo) la sintomatologia può essere scarsissima o addirittura mancare; nelle forme cerebrali o meningee od oculari può essere imponente, ma è sempre strettamente legata alla sede delle larve; la forma generalizzata poi, accanto alla sintomatologia di focolaio, offre sempre un complesso di fenomeni generali abbastanza caratteristici, che meritano di essere lumeggiati.

Questa ed alcune altre considerazioni che verranno più tardi esposte mi hanno indotto a render noto un caso di cisticercosi generalizzata grave occorso alla mia osservazione nella nostra Clinica e che ho avuto modo di studiare e seguire per lungo tempo.

La p. C. Filomena, di anni 10, entra il 12 agosto 1937 nella nostra Clinica inviatavi dalle autorità sanitarie di Petilia Policastro per un accertamento diagnostico.

Padre e madre della p. sono viventi e sani; la madre ebbe tre gravidanze a termine ed un figlio morì all'età di un mese per cause imprecisate. Uno zio che abitava con la p. è portatore di una tenia.

La bambina, primogenita e nata da parto eutocico, ebbe normali i primi atti e l'infanzia; lo sviluppo fisico fu piuttosto scarso e la costituzione piuttosto gracile; ha sempre avuto un colorito pallido, che dava al suo volto, intensamente pigmetato in bruno, un caratteristico aspetto olivastro. Sviluppo psichico piuttosto precoce. Frequentava, prima dell'attuale malattia, le scuole con discreto profitto, ma fu costretta ad abbandonarle col sopraggiungere dei primi sintomi. Nella zona ove la p. abita vi è qualche caso di malaria e vi si fa molto uso di latte di capra non cotto e latticini. Spesso nella famiglia della p. veniva macellato, fuori del controllo sanitario, qualche maiale, le cui carni venivano mangiate crude come salumi fatti in casa o poco cotte. Nel gennaio u. s. era stato macellato l'ultimo maiale.

Negli antecedenti patologici remoti non figurano malattie degne di nota.

Però nell'aprile la bambina soffrì di alcuni disturbi gastro-enterici caratterizzati da qualche nausea, da lievi dolori accessionali all'addome, da alternative di stipsi e di qualche scarica diarroica e da febbre continua sui 37°,5 - 38°; la forma venne interpretata come una enterocolite e come tale venne curata, ma la p. non si rimise completamente se non dopo un mese di continui disturbi gastro-enterici più o meno lievi.

Due mesi e mezzo prima dell'ingresso in clinica, la p., trovandosi in pieno benessere, cominciò ad accusare frequenti accessi di cefalea frontale gravativa di tale intensità da farla gridare dal dolore e che si esacerbavano con i movimenti del capo e della persona. Tali crisi non duravano più di una mezz'ora e lasciavano la p. relativamente poco prostrata, mentre che negli intervalli essa si sentiva completamente bene. Contemporaneamente comparve una febbricola continua sui 37°,5 con acme serotino.

Gli accessi si andarono facendo sempre più frequenti e la p., anche fuori degli attacchi, cominciò ad essere psichicamente obnubilata e svogliata; non prendeva più parte ai giochi e nella scuola si manifestò ben presto tarda ed insufficiente tanto che i genitori furono costretti a ritirarla. Anche lo stato generale fu presto compromesso e la p. si sentiva molto astenica con tendenza alla ipersonnia.

Un sanitario, nel dubbio che si trattasse di forma malarica, fece fare del chinino per iniezione, che fece cessare la febbre; contemporaneamente le cefalee si fecero anche meno frequenti e la p. migliorò alquanto, benchè si sentisse sempre molto astenica. Un mese più tardi però nuova ripresa dei sintomi nervosi e della febbre, accompagnata da nuovi fatti: comparve infatti, nello spazio di pochi giorni, un notevolissimo esoftalmo bilaterale e tutta la loggia sottomandibolare fu occupata da una tumefazione diffusa, teso-elastica, indolente e ricoperta da pelle sottile non aderente. Una nuova cura chininica fece cessare la febbre solo per qualche giorno.

La sintomatologia rimase invariata fino a 16 giorni prima dell'ingresso in Clinica, quando insorsero vomiti frequenti sia a digiuno che dopo ingestione di cibo, qualche volta anche con nausea, mentre più spesso insorgevano spontaneamente senza alcun malessere. Comparvero inoltre notevole diminuzione del visus ed annebbiamento delle immagini, vertigini subbiettive che qualche volta erano così intense da farla cadere. Per tutti questi gravi sintomi nervosi la p. fu costretta a letto ed in questa occasione i famigliari notarono che le braccia e gli arti inferiori si andavano progressivamente ingrossando assumendo un aspetto analogo a quello già descritto per la tumefazione diffusa della loggia sottomandibolare. Solamente dopo qualche giorno cominciò ad avvertire qualche vago doloretto muscolare spontaneo, mentre i movimenti oculari le provocavano una certa molestia. Negli ultimi giorni poi la bimba era divenuta assai astenica, psichicamente depressa e con tendenza alla ipersonnia; gli accessi di cefalea non più così frequenti la lasciavano intontita.

Per consiglio dei sanitari la p. venne inviata nella nostra clinica, approfittando di un periodo di relativa regressione dei sintomi.

Esame obbiettivo: 12 agosto 1937. Esame generale: soggetto brevilineo a psiche alle volte assente od obnubilata; l'ideazione è rallentata, ma le risposte sono corrette. Facilità al pianto ed alla malinconia. Espressione del viso alquanto senescente e sofferente; colorito della cute pallido, olivastro con lieve cianosi al prolabio. Condizioni generali di nutrizione scadenti; sanguificazione discreta. Cute sottilissima, tesa e lucente con sottocutaneo scarso e scarsissimo pannicolo adiposo. Qua e là, specialmente sulla superficie anteriore del tronco e

sulla faccia palmare degli arti superiori si vedono pochi noduletti ovoidali, grandi come un chicco di caffè, i quali sollevano la pelle e si lasciano facilmente spostare sui piani profondi ed hanno una consistenza teso-elastica come se fossero cisterelle ripiene di liquido: in corrispondenza di questi noduletti la pelle è intensamente pigmentata. Questi noduletti erano sfuggiti all'osservazione dei genitori e l'ammalata stessa non sa dire quando potevano essere comparsi. Sulla cute del tronco, del collo e degli arti è evidentissimo un reticolo venoso, espressione di una stasi venosa. Anche nel tessuto sottocutaneo della loggia sottomandibolare si notano alcuni di questi noduletti, che possono dar l'impressione di piccole linfoghiandole spostabili. Micropoliadenia inguinale.



FIG. 1.

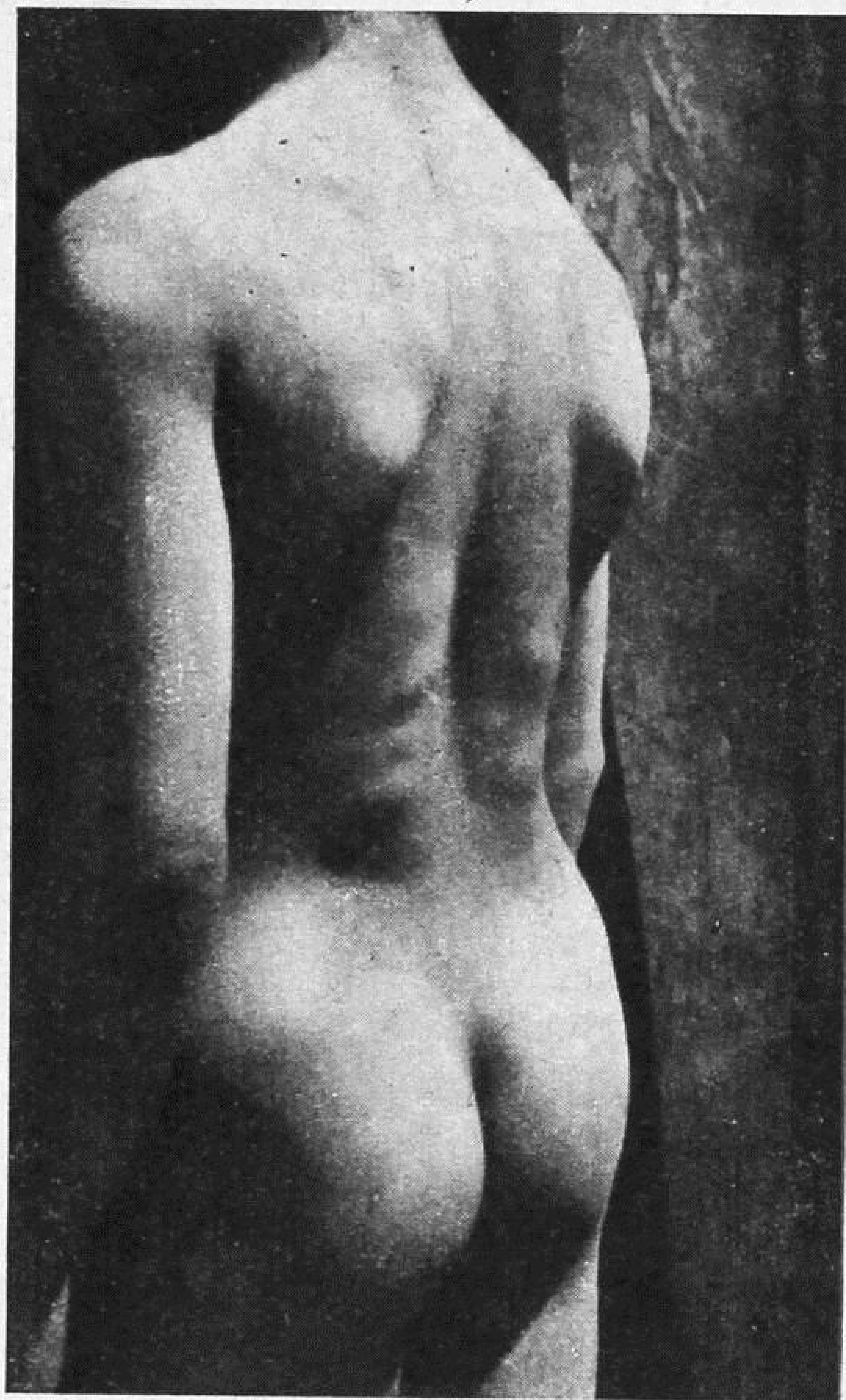


FIG. 2.

L'apparato muscolare degli arti, del dorso, del collo e specialmente della loggia sottomandibolare appare gravemente compromesso: i singoli gruppi muscolari appaiono uniformemente ipertrofici, facendo risalto sotto i sottili tegumenti. La tumefazione è teso-elastica, indolente, compatta e dà l'impressione di una pseudoipertrofia, poichè la forza è piuttosto scarsa ed il tono è poco valido. Lo scheletro reca le stigmate di una rachitide (fronte olimpica, rosario rachitico). Temperatura continua sui 37,2-37,6 saltuariamente remittente. Polso 108 ritmico e molle. Pressione arteriosa (Riva-Rocci): 94/60.

Esame del capo: la percussione della teca cranica provoca cefalea non localizzabile. Nulla a carico dei nervi cranici. Notevolissimo esoftalmo bilaterale di egual grado e difficoltà all'ammiccamento; i movimenti oculari, specialmente quelli di abduzione, sono scarsi per la notevole protrusione dei bulbi. Leggera midriasi e torpidità pupillare alla accomodazione ed alla luce. Nel tessuto sottomucoso della guancia e sul pavimento della bocca si palpano alcuni piccoli noduletti elastici, indolenti, grossi come grani di riso.

Esame del collo: la loggia sottomandibolare è occupata fino all'osso joide dalla tumefazione già descritta dei muscoli, che danno l'impressione di un doppio mento, senza che vi sia la flaccidezza e la mobilità di questo: ciò stranamente contrasta con i lineamenti di un volto smagrito e patito. Corpo tiroide leggermente ed uniformemente ingrossato, un po' dolente alla palpazione. Poche linfoghiandole sotto- e paratiroidee, dolenti, dure, poco spostabili e grosse quanto mandorle. La flessione profonda del capo provoca dolore alla nuca.



FIG. 3.

FIGG. 1, 2, 3. — C. Filomena, anni 10. Cisticercosi generalizzata grave. Esoftalmo, pseudoipertrofia dei muscoli sopraioidei, laterali del collo, del dorso e del cingolo scapolare. (Fotografie prese all'ingresso).

Torace: leggermente asimmetrico per prevalenza delle masse muscolari destre, bene espansibile. Le

masse muscolari del dorso sono molto sviluppate; i muscoli pettorali, trapezi e deltoidi sono pure alquanto ipertrofici, indolenti, ma non molto tonici.

Apparato respiratorio: tipo resp. costale superiore; 24 atti resp. normali come ritmo e profondità; f. v. t. bene trasmesso ovunque; suono chiaro polmonare su tutto l'ambito, basi bene espansibili; all'ascoltazione si avverte nella regione interscapolo-vertebrale dei due lati un respiro abnormemente soffiante per una estensione maggiore che di norma senza però broncofonia afona nella stessa zona.

Apparato cardiovascolare: itto della punta visibile e palpabile al VI spazio a 2 cm. circa dalla emiclaveare: esso è molto esteso e sollevante. Limite destro dell'aia cardiaca ad 1 cm. dalla margino-sternale D. Limite S.; T. O. 3 cm., punta al VI spazio a 2 cm. fuori dell'emiclaveare. Ascoltatoriamente 1° tono vibrato seguito da leggero soffio sistolico che si accentua andando dalla punta verso la base; 2° tono sulla polmonare accentuato. Ritmo cardiaco concitato. Polso 108 piuttosto molle, depressibile, ritmico. Pressione art. (Riva-Rocci): 94/60.

Addome: simmetrico, leggermente prominente e teso, indolente, abbastanza trattabile. Nel sottocutaneo qualche noduletto del tipo già descritto.

Fegato: limite superiore al IV spazio; in basso deborda di 1 cm. dall'arco sulla emiclaveare; è indolente, mobile, a margine tagliente, a consistenza un po' aumentata. Non si palpa la milza nè si possono esplorare le logge renali.

Arti: pelle molto tesa e lucente con reticolo venoso pronunciato; pseudoipertrofia di tutta la muscolatura; motilità e sensibilità normali, forza leggermente diminuita, deambulazione corretta; non sono provocabili i riflessi tendinei.

Sistema nervoso: tranne l'esoftalmo, la difficoltà dei movimenti oculari e palpebrali, la mancanza dei riflessi tendinei ed il comportamento della psiche, l'esame del sistema nervoso non rivelava altre alterazioni.

ESAMI DI LABORATORIO.

Esame delle urine: non reperti patologici tranne una leggera piuria.

Esame Emocromocitometrico: Hb 50; Gl. rossi 5.300.000; V.G. 0,61; Gl. bianchi 14.000 con Neutrofili 34 %, Eosinofili 43 %, Monociti 1 %, Linfociti 16 %; Eosinofilia assoluta: 6020. Qualche forma di eosinofilo non perfettamente maturo; poichilocitosi ed anisocitosi marcate.

Negativa la ricerca del parassita malarico; negative le sierodiagnosi per tifo, paratifi e maltese; negativa la cutireazione alla v. Pirquet e negative le reazioni di Wassermann e Citochol.

Esame delle feci: proglottidi mature di tenia solium; non altri parassiti.

Esame radiografico: (13-VIII) nulla di apprezzabile a carico del torace. Cuore aumentato di volume specie nella sua sez. sinistra. Ortodiagramma: diametro long. cm. 11,5 d. medio D. cm. 3,5 d. medio S. cm. 8. L'esame del cranio non mostra alterazioni ossee a focolaio; non esistono segni netti di ipertensione endocranica; sella turcica normale; seno frontale destro atresico. L'esame radiologico dei muscoli degli arti, fatto con la tecnica usuale, non rivela immagini riferibili a parassiti. Le indagini radiologiche del cranio eseguite per i seni non rivelano immagini abnormi.

L'esame oto-rino-laringoiatrico non mise in evidenza alcuna alterazione.

Esame dell'occhio: esoftalmo bilaterale, lievemente prevalente in O.S. con insufficienza della convergenza; tensione oculare normale; nulla di patologico al fondo.

Successivi esami di sangue accertarono che la iperglobulia era dovuta principalmente alla stasi periferica, essendo anche evidente il reticolo venoso sottocutaneo. Il sangue prelevato in diversi distretti e con opportuni accorgimenti ha sempre dato cifre di emazie notevolmente superiori a quanto ci si poteva aspettare in una bambina in pessime condizioni generali (5.620.000 e 5.940.000); il tasso emoglobinico si mantenne costantemente basso.

L'eosinofilia si ridusse da principio alquanto: 33 % su 11.600 leucociti il 29/8, per riportarsi più tardi a cifre sempre più alte: 48 % su 11.500 leucociti e 62 % nell'ottobre.

La reazione di Takata-Ara sul siero di sangue risultò costantemente ed intensamente positiva.

La pressione oncotica risultò piuttosto bassa: 28 cm. di H_2O; la colesterinemia fu normale: mgr. 186 %.

RICERCHE SPECIALI DI LABORATORIO.

Desidero qui dare particolare rilievo ad alcuni dati delle particolari ricerche eseguite nell'intento di mettere in evidenza lati meno comuni dell'affezione: un esame bioptico, un esame radiologico con tecnica adatta ed un esame elettrocardiografico.

1) Biopsia: 14 agosto 1937, venne praticata in regione pettorale destra in corrispondenza di un nodulo sottocutaneo, di cui si procedé alla asportazione completa assieme ad un piccolo pezzo di muscolo sottostante. Il nodulo risultò formato da vescicolette situate nel sottocutaneo e nel perimisio nonchè tra i singoli fascetti muscolari; in tutto 5 vescicolette di forma ovalare, di aspetto lucente e trasparente e di color biancastro, molli, con contenuto liquido; le dimensioni erano variabili ed erano di mm. 12 × 8 per le vescicole sottocutanee, che più si avvicinavano alla forma rotondeggiante, e di 6 × 3 per le due cisti intramuscolari; in un punto della superfice elissoidale si notava una depressione lieve in corrispondenza della quale si vedeva per trasparenza all'interno una piccola massa opaca e biancastra. Venne fatta diagnosi di cisticerchi viventi non calcificati. All'esame microscopico delle vescicole del sottocutaneo si potè mettere in evidenza una costituzione di questo tipo: capsule di circa ½ mm. di spessore, di tessuto connettivo ben formato senza punti di calcificazione; cavità interna contenente un liquido denso ricco di albumina e di acqua, leggermente torbido e vischioso; nella cavità è contenuto il parassita, apparentemente libero e vivente, di dimensioni più ridotte e con un piccolo ilo cui corrispondeva lo scolice invaginato; la sua struttura era perfettamente conservata.

L'esame istologico del tessuto muscolare venne fatto dal prof. Vernoni, direttore dell'Istituto di Patologia Generale, che qui vivamente ringrazio. Da esso risultò che nei preparati si potevano rilevare formazioni vescicolari che per tipo ed aspet-

to si potevano riferire a due tipi morfologici fondamentali ben distinti: *a*) vescicole vere e proprie con una cavità centrale; *b*) formazioni vescicolari molto più piccole con cavità collabita in via di obliterazione o addirittura obliterate.

A) Le vescicole più grandi si presentano come formazioni visibili ad occhio nudo, di forma irregolarmente ovalare, di diametro di millimetri 4 × 1,5, disposte col diametro maggiore parallelo al decorso delle fibre muscolari (fig. 4-5).

Cisticerchi della grandezza di mm. 4 × 1,5 e capsula reattiva. Nell'interno residui del parassita ben colorabili e con struttura evidente. La capsula è costituita da connettivo di reazione fornito dall'ospite e formato da cellule mononucleate di natura istiogena. La infiltrazione flogistica si arresta a breve distanza del parassita.

I singoli elementi sono, costituiti da una capsula di tessuto connettivo di reazione fornito dall'ospite, da una cavità centrale contenente scarso liquido e detrito amorfo e dal parassita; inoltre scarsa infiltrazione flogistica nelle immediate vicinanze delle cisti (v. fig. 5).

La capsula è così costituita: all'esterno essa ha un limite netto ed il tessuto connettivo che la costituisce trova confine nelle prime fibre muscolari (fig. 6).

Dall'esterno verso l'interno si trova un denso strato di tessuto connettivo di reazione fornito dall'ospite e costituito da elementi mononucleari di natura istogena non bene differenziati in alcune parti, mentre in altre essi sono eosinofili, radunati quasi ad ammassi. Lo strato esterno della capsula non ha una struttura propria e le cellule sono disposte irregolarmente. La parte media è organizzata in modo che i fibroblasti sono disposti tutti radialmente rispetto alla cavità e dànno alla parete un aspetto più regolare; lo strato interno poi sembra costituito da un endotelio di pavimentazione come di una cavità sierosa neoformata, tanto regolarmente disposti sono i fibroblasti che limitano la cavità centrale. Lo stroma connettivo non è molto denso e scarsamente ricco di fibre collagene, le fibre elastiche poi sono scarsissime.

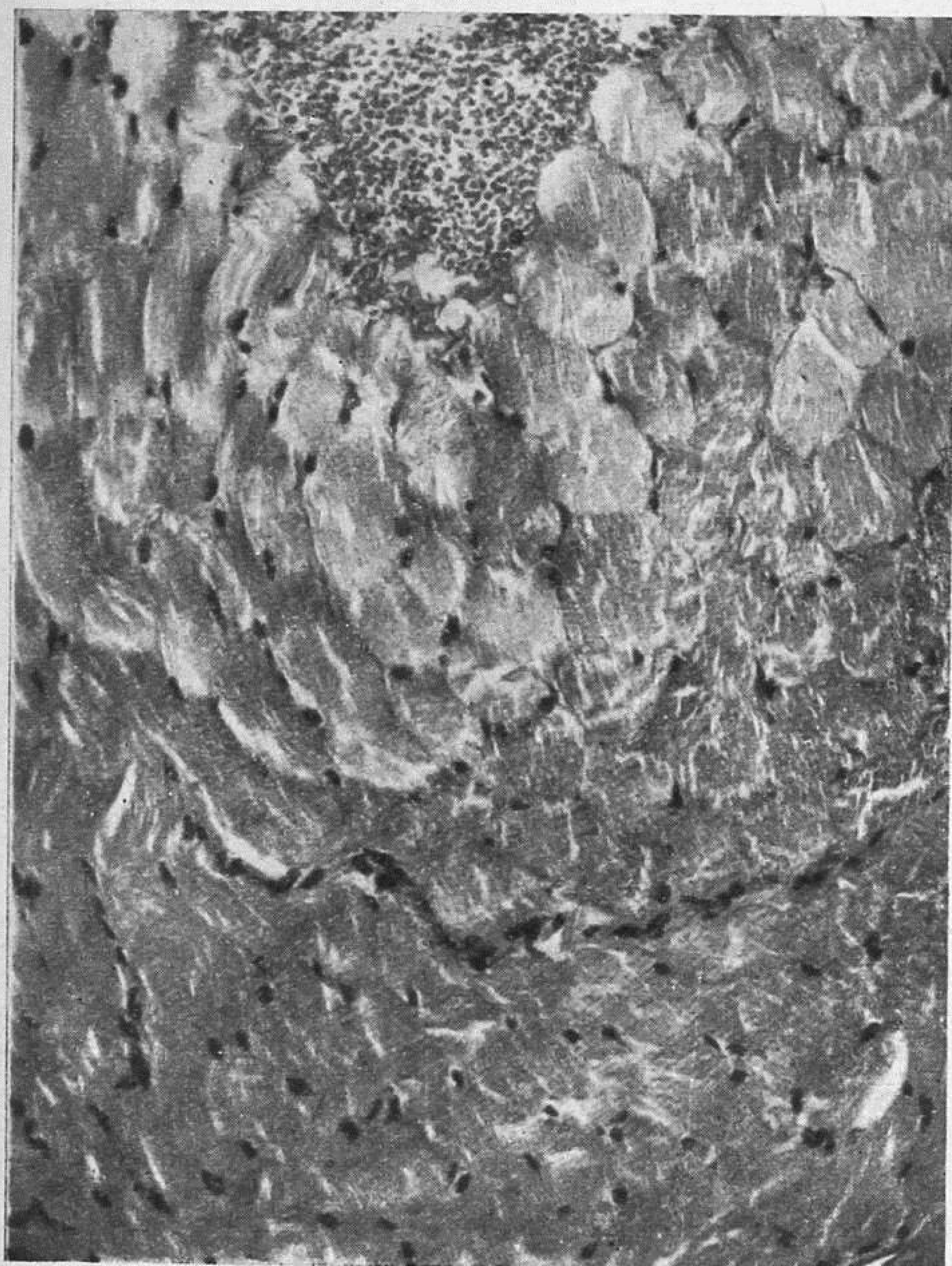


FIG. 4.



FIG. 5.

FIGG. 4 e 5. — (Planar Zeiss 35 mm. - Obb. 1 - Oc. 4 - Comp. Koristka - Diametri 20 e 26).

La cavità centrale è di forma piuttosto irregolare e mostra alcuni anfratti, però dovunque è circoscritta dallo strato di fibroblasti a tipo endoteliare di pavimentazione. Nel suo interno si vedono dei residui amorfi come di sostanze coagulate e qua e là dei gruppi elementi flogistici forse staccatisi dalla parete (fig. 4 e 5).

Il parassita è ben visibile nella fig. 5; si trova libero nella cavità od almeno non è stato possibile cogliere colle sezioni fatte il suo punto di comunicazione con la capsula. La sua struttura, perfettamente conservata e la sua morfologia fanno concludere che si tratta di un « cisticercus cellulosae » tuttora vivente.

La infiltrazione flogistica pericapsulare è bene evidente solo nelle immediate vicinanze del parassita ed è costituita da una infiltrazione parvicellulare e da numerosi eosinofili (fig. 8). Il tessuto muscolare non è alterato nella sua struttura e non si nota che un depauperamento del pigmento mioglobinico (fig. 7).

B) Le cisti più piccole alla loro volta sono di

due tipi: le une scarsissime, sono formate da tessuto connettivo adulto con pochi elementi figurati e abbondante stroma; si presentano come vescicole parzialmente o del tutto obliterate, di forma assai allungata e dall'aspetto di piccoli noduli, del diametro di 100-150 micron di larghezza per 1 mm. di lunghezza; le altre, della stessa forma e dimensioni, sono formate da tessuto connettivo assai più giovane e ricchissimo di elementi figurati non bene differenziati.

Le pareti di queste cisti non hanno alcuna organizzazione propria; il connettivo è assai ricco



FIG. 6. — (Obb. 4 - Oc. 4 comp. Koritska - Diametri 80). Colorazione ematossilina-eosina. Dettaglio della parete cistica.

di nuclei; vi sono numerosi nidi di elementi eosinofili specialmente nel lume di alcuni vasi neoformati. Nella fig. 9 si notano anche cellule giganti da corpo estraneo.

La infiltrazione pericapsulare è qui più evidente ed anche la struttura dei fascetti muscolari vicini sembra essere maggiormente alterata e il pigmento è assai più scarso. I noduli di iniziale calcificazione e le cellule giganti stanno probabilmente a denotare che il processo ad un certo punto ha assunto tendenza involutiva forse per la morte del parassita o al contrario, provocandola. Nell'interno della cisti, non si trova più traccia della larva.

I due tipi di piccole cisti stanno a denotare due periodi della lotta dell'organismo per isolare questo parassita divenuto corpo estraneo soltanto in una fase inoltrata del suo sviluppo.

Nel complesso, dall'esame bioptico si poterono accertare tre diversi stadi delle larve: larve adulte e viventi del sottocutaneo di notevole grandezza; cisti di minor grandezza, ma apprezzabili ad occhio nudo, del tessuto muscolare, viventi; infine cisti assai piccole, quasi microscopiche, sempre del tessuto muscolare.

Sul significato di queste forme diverse di parassita si possono fare due ipotesi: o esse



FIG. 7. — (Obb. 5 - Oc. 4 - Comp. Koristka - Diametri 120). Colorazione ematossilina-eosina. Tessuto muscolare nelle immediate vicinanze del cisticerco: depigmentazione delle fibre. Scarsità dell'infiltrazione flogistica.

sono espressione di un diverso modo di reazione dell'organismo rispetto al parassita, magari a seconda che esso sia vivente o morto, oppure esse denotano varie mandate di parassiti in circolo. Mentre la prima congettura sarebbe la più ammissibile, la seconda ha trovato nel decorso della malattia una suffragazione importante. Infatti, non essendo stato possibile provocare con nessun mezzo la immediata espulsione della tenia, potemmo assistere ad una nuova brusca invasione di parassiti, i quali, accrescendo enormemente la sintomatologia, aggravarono le condizioni della paziente e ne stabilirono il prognostico infausto. Questo non è invero un dato che dia la certezza dell'asserto, ma lo convalida molto; in ogni modo è stata provata in tale modo

la possibilità della patogenesi autoinfestativa, non da tutti gli autori ammessa [Virchow (27), Pichler (23)] o, per lo meno ritenuta eccezionale anche nella forma generalizzata.

Nei tessuti esaminati il parassita era vivente e circondato da una capsula reattiva fornita dall'ospite; la struttura di tale capsula, così ben delimitata dai tessuti vicini, la presenza di quantità non eccessivamente abbondanti di

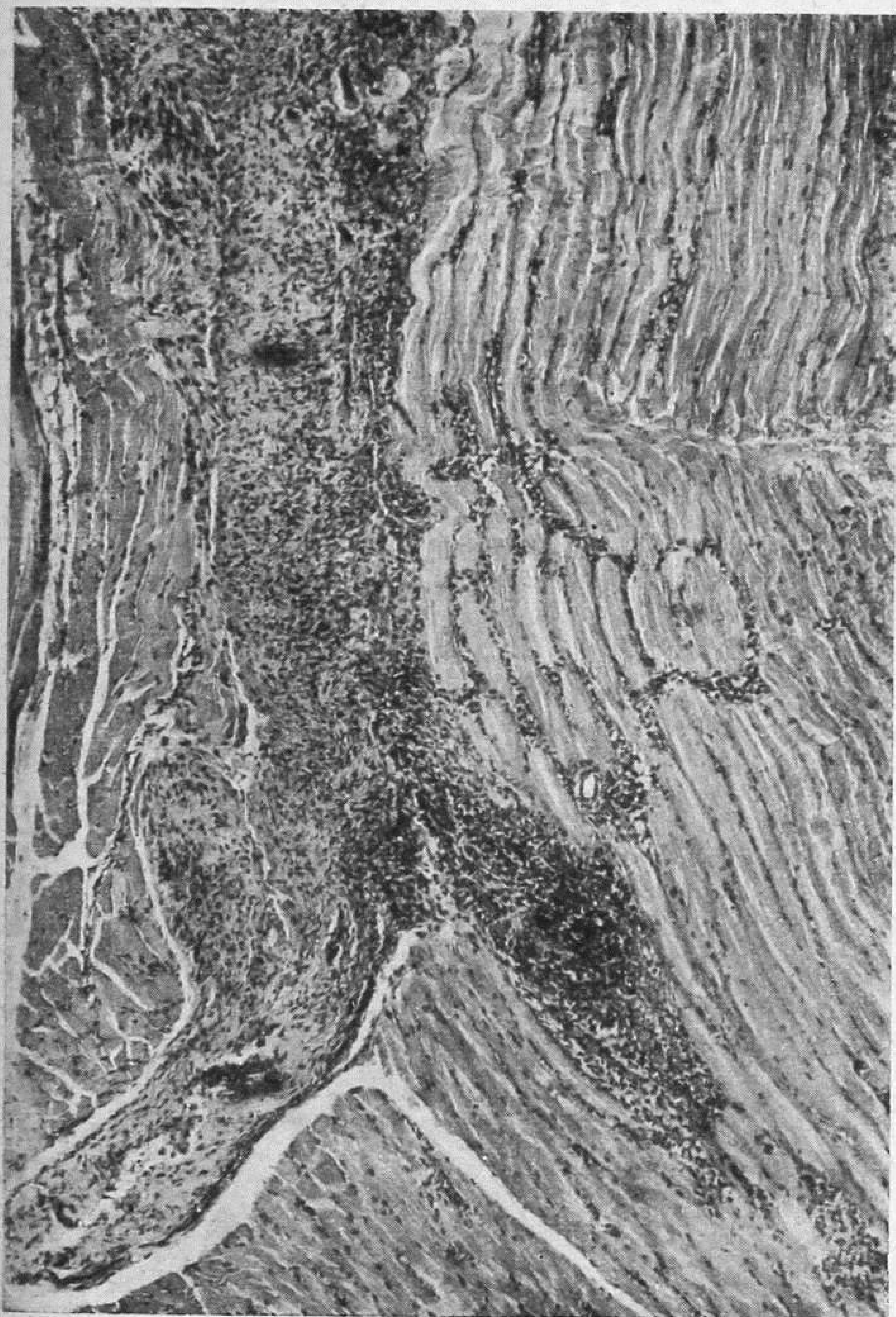


Fig. 8. — (Obb. 3 - Oc. 2 - Comp. Koristka - Diametri 55). Colorazione ematossilina-eosina. Cisti completamente obliterata. Si notano nidi di cellule eosinofile, due punti di calcificazione iniziale ed alcune cellule giganti. Infiltrazione pericapsulare.

elementi essudatizi, la trama ordinata delle vescicole appartenenti a larve viventi, la formazione di un endotelio di tappezzamento della cavità sono tutti fatti che stanno a provare lo scarso potere irritativo del parassita, che viene isolato e nutrito dall'ospite; in altre parole il reperto istologico viene a confermare la nozione clinica della innocuità del parassita, quando non vengono lesi organi importanti. La reazione è scarsa ed il verme può continuare a vivere e a penetrare verso i tessuti per i quali ha predilezione; altrimenti esso sarebbe costantemente formato in organi che sono in rapporto colla via di ingresso dal tubo gastro-enterico. Forse anche questa scarsa lesività del parassita è sostenuta da proprietà specifiche, sulle quali non è lecito far supposizioni, ma dovrebbero agire sui sistemi di difesa dell'organismo, inibendoli.

Invece quando il parassita muore, forse per i prodotti di lisi che ne derivano, l'organismo comincia a reagire al corpo estraneo che ha in seno e tende ad obliterare la cavità cistica. Del resto, in Parassitologia, questo fatto della morte del parassita che provoca la reazione da parte dell'organismo è un fatto che succede

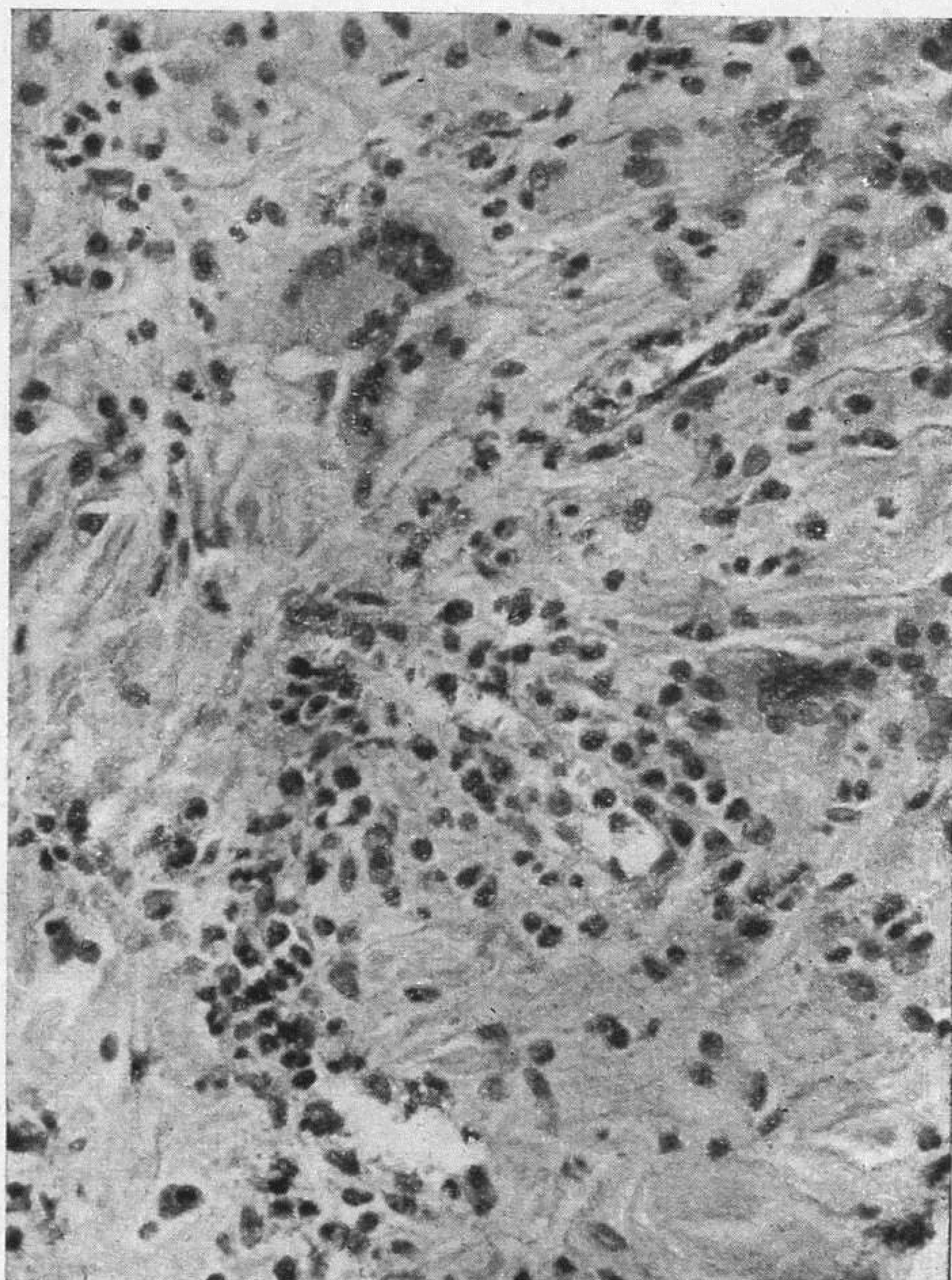


Fig. 9. — (Obb. 6 - Oc. 4 - Comp. Leizt - Diametri 170). Colorazione ematossilina-eosina. Particolare della parete cistica: elementi eosinofili nei pressi e nel lume di vasellini neoformati. Cellule giganti da corpo estraneo.

spesso [Brumpt (3)]. La calcificazione della parete non deve invece rappresentare un fenomeno di difesa dell'ospitante verso il parassita che muore, perchè numerosissime sono le osservazioni di cisticerchi viventi con capsula calcificata [Grado (11)].

Le note istologiche però della scarsa reazione dei tessuti e della scarsa eosinofilia tissulare contrasta con la imponenza della pseudoipertrofia muscolare e della altissima eosinofilia sanguigna; tutt'al più la massività della infestione può dar ragione del primo fatto, mentre il secondo non è facilmente spiegabile; si direbbe che il fattore tossico non provenga direttamente dal parassita, anche perchè nu-

merosi casi di cisticercosi generalizzata presentano soltanto una modica eosinofilia.

2) *Quadro radiologico*. La considerazione di quanto rari siano i casi di cisticercosi generalizzata non calcificata, mi indussero a far studiare a fondo il caso dal punto di vista radiologico, al collega dott. Garretto, di questa Clinica, il quale, in possesso di una speciale tecnica per lo studio della muscolatura [Meldolesi G. e Garretto (18)], poteva apportare un notevole contributo alla sua chiarificazione. Rimando però il lettore al lavoro di Garretto (10) per più ampie notizie e per le belle radiografie, dando qui solo un breve riassunto degli interessanti reperti radiologici ricavati.

A) *Reperto radiologico della muscolatura*. (15 ottobre 1937). Nei muscoli si riscontra una disseminazione di piccole immagini puntiformi, di 1-3 mm. di diametro, irregolarmente rotondeggianti, a margini un poco spinosi, sfumati, in numero di circa 6, 7, per centimetro quadrato. Alcune ombre sono leggermente allungate, altre un poco confluenti, specialmente nella parte media della muscolatura, dove, per il maggior spessore delle parti, le immagini suddette si presentano in numero maggiore, mentre verso le estremità distali, dove i muscoli si assottigliano, sono più isolate fra di loro e meno numerose; a volte si trovano 4 o 5 immagini come attaccate a catena l'una con l'altra. Questo aspetto si riscontra in tutti i muscoli lunghi, con scarse variazioni fra una regione e l'altra.

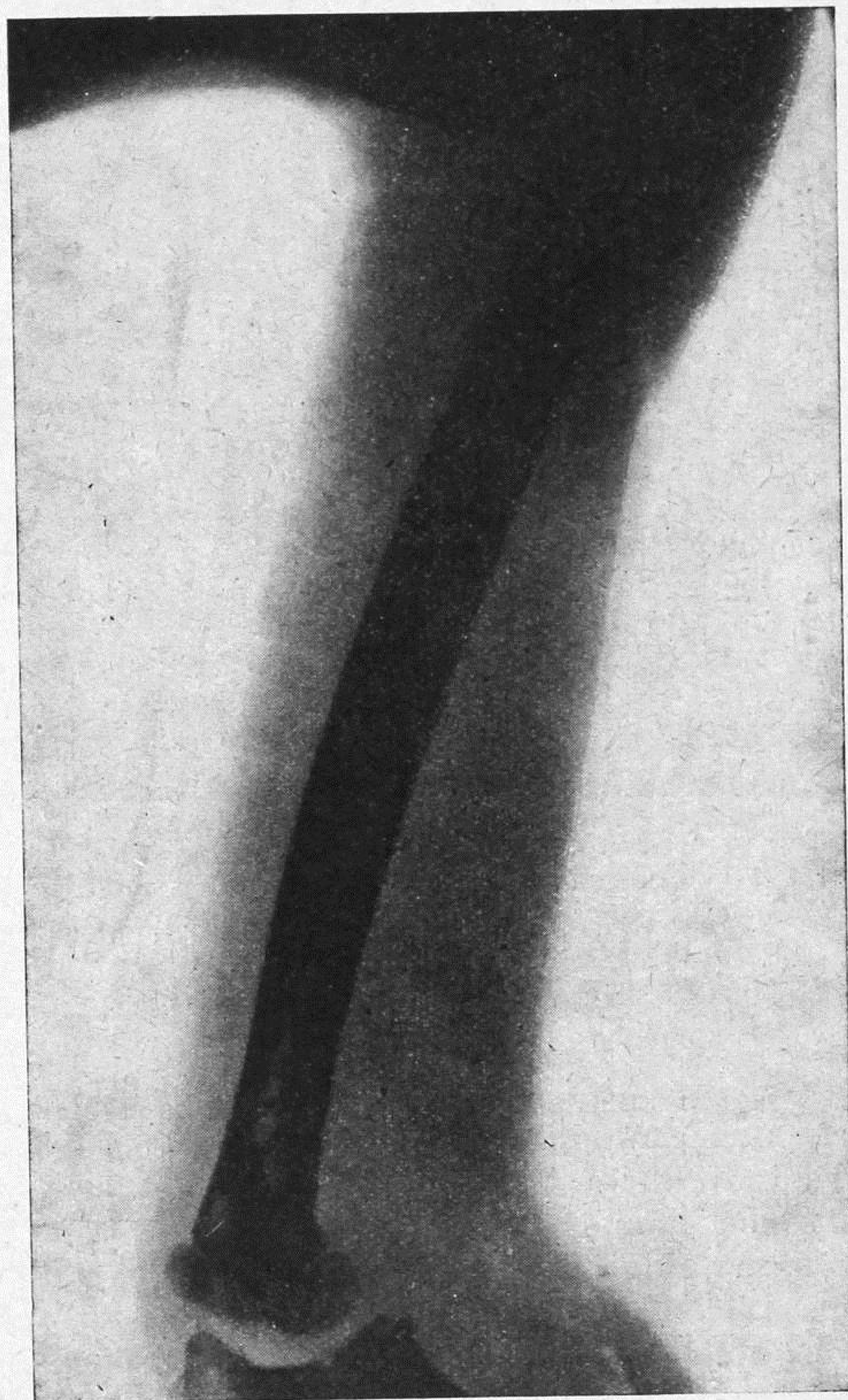


FIG. 10. — Disseminazione uniforme di numerosissimi noduli riferibili a cisticerchi nelle masse muscolari (Garretto).

Così si riscontrano tali formazioni nelle gambe, in grandissima quantità; qui vi è da notare che i limiti fra cute e sottocutaneo appaiono netti e che si notano solo scarse immagini puntiformi nel sottocutaneo; nelle braccia, pur persistendo il reperto muscolare invariato, il limite fra cute e sottocutaneo, sopratutto nella regione deltoidea, è invece sfumato, irregolare, come un poco ondulato, e nel sottocutaneo stesso si vedono delle immagini ovalari di 6-7 mm. di lunghezza per 3-4 di larghezza, a intensità d'ombra molto tenue, a contorni sfumati. Così i muscoli pettorali, nella porzione più esterna, appaiono picchiettati di piccole ombrette, mentre il sottocutaneo della regione appare d'aspetto irregolare, marmorizzato, con presenza di immagini un po' più sfumate di quelle che si notano nella muscolatura. Nelle parti molli delle regioni latero-cervicali e sopraclaveari si riscontrano ombre rotondeggianti, da 2-3 a 7-8 mm. di diametro, molto numerose, a margini fortemente sfumati, confluenti, che dànno nell'insieme alle parti molli un aspetto ovattato.

Ombre simili si riscontrano anche nelle parti molli delle regioni posteriori del collo e della nuca.

Nello spessore delle guance e delle labbra si notano immagini ovalari della lunghezza di 6-8 mm. per una lunghezza di 4-5 mm. alcune a margini netti, regolari, altre a contorni sfumati, un poco indistinti, a intensità d'ombra non molto accentuata, a struttura omogenea. Un'immagine d'aspetto simile si riscontra anche in un radiogramma dell'occhio.

Si hanno radiologicamente quindi due tipi di immagini nella muscolatura; il primo è dato da ombrette un po' irregolari, di opacità piuttosto intensa, presenti in abbondanza nelle masse muscolari voluminose, e che conferiscono a questi un aspetto miliariforme; l'altro dà immagini ovoidali più grandi, a margini netti o leggermente sfumati ma sempre regolari a intensità d'ombra tenue, che si riscontra nei muscoli sottili e nel sottocutaneo. È facile interpretare queste ultime immagini in quanto ripetono la forma del cisticerco non calcificato giunto a notevole sviluppo; per spiegare le immagini più piccole bisogna ricorrere all'ipotesi di Busi, per la miliare polmonare: i cisticerchi danno luogo a deformazione di un'ombra solo quando parecchi elementi si trovano interposti lungo il decorso di un raggio. ottenendosi, per tale sovrapposizione, una immagine irregolare.

B) *Reperto radiologico del tubo digerente*: Esofago normale, stomaco allungato, ipotonico, contenente abbondante succo gastrico, a peristalsi superficiale su tutte e due le curve; svuotamento rallentato in posizione eretta, facile in decubito laterale destro.

Il bulbo duodenale mostra delle pliche grossolane, regolari, convergenti verso l'angolo superiore, specialmente in posizione eretta, nella quale posizione il bulbo appare sacciforme, con base

slargata; la seconda porzione del duodeno, nel tratto sopramesocolico, mostra pliche irregolari, mutevoli, grossolane in alcuni quadri, mancanti addirittura in altri; normali gli altri tratti duodenali. Digiuno a nevischio; nelle ultime anse digiunali e nelle prime anse ileali si nota un'immagine trasparente, nastriforme, di notevole lunghezza, con decorso a volute continue, occupante parechie anse susseguenti, con una larghezza variabile da 7-8 mm. in alcuni tratti a 2-3 mm. in altri, con margini lisci, le cui estremità si disperdono dai due tratti nel groviglio delle anse intestinali.

In un radiogramma del tenue si nota la presenza di un'ansa discinetica, isolata, completamente ripiena, a margini dentellati, intercalata fra due anse digiunali scarsamente disegnate. Nulla al ceco ed al colon. Transito normale.

In conclusione si notano fatti di atonia gastrica e della prima porzione duodenale; ipocinesia a carico di un'ansa del tenue, presenza di immagine da tenia intestinale.

Quindi anche dal punto di vista radiologico il caso appare interessante, oltre che per la presenza di alterazioni dell'apparato digerente anche perchè fu possibile ottenere immagini

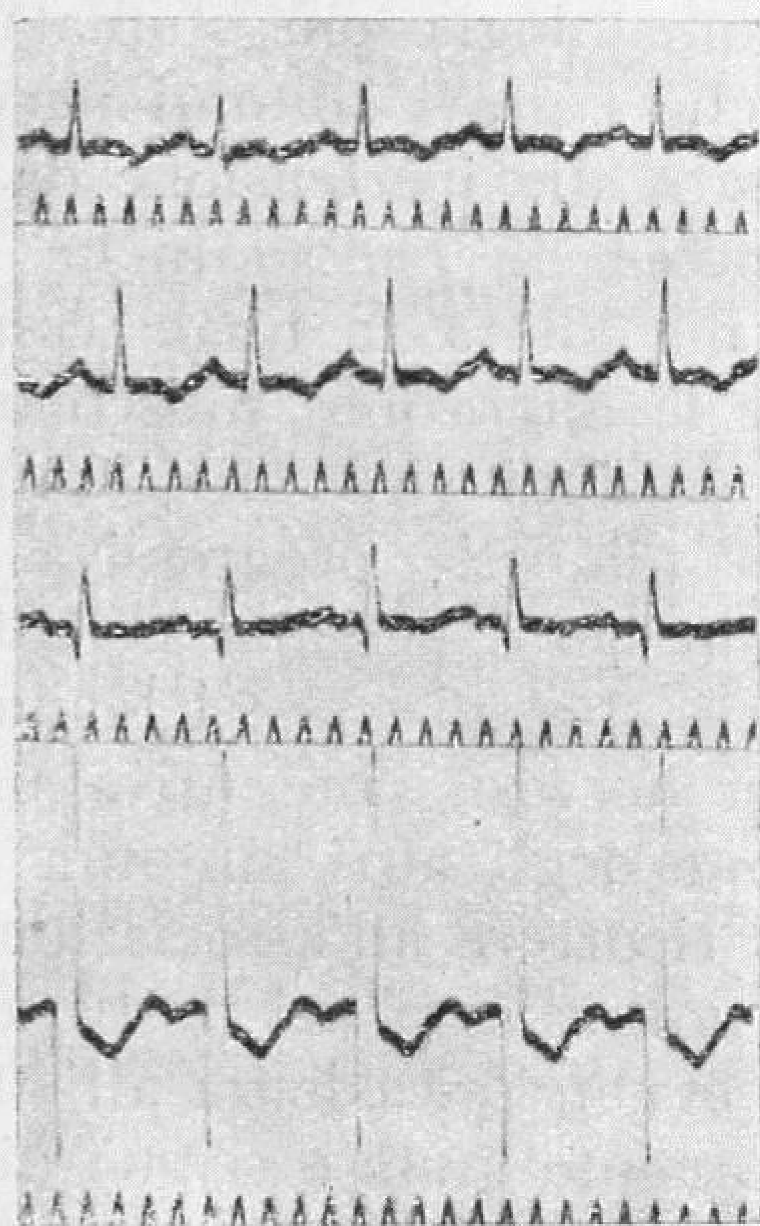


FIG. 11. — Elettro-cardiogramma (17 agosto 1937). Ritmo sinusale; P normale; PR 0''15; T_1 e T_2 invertite ed appuntite; Q_3 profonda (la IV derivazione è stata presa ponendo l'elettrodo del braccio D. al IV spazio intercostale S. sulla linea parasternale e l'elettrodo del braccio S. alla gamba S.).

radiologiche di parassiti non calcificati, cosa che in un precedente esame radiologico, condotto con la usuale tecnica, non era stato possibile di ottenere per la scarsa opacità delle larve; ecco quindi la utilità dell'esame radiologico colla tecnica usata da Meldolesi e Garretto in tutte le lesioni di questo tipo. Credo poi che questo reperto radiologico sia finora il primo nella cisticercosi non calcificata. Di notevole interesse anche la dimostrazione radiologica del verme adulto nella paziente, accanto alla forma larvata.

3) *Reperto elettrocardiografico.* Data l'obbiettività cardiaca (cianosi, ipertrofia cardiaca, soffio sistolico) ho praticato diverse indagini ecgrafiche. In un primo ecg. (17-8-37) ho trovato segni considerevoli di alterazioni miocardiche (fig. 11), forse come espressione di localizzazioni di parassiti nel miocardio, senza alterazioni del ritmo. In un altro tracciato preso il 14-10-37 le modificazioni erano praticamente invariate; soltanto si notava una maggior profondità di Q_3.

Anche in un caso di Spengenberg, Basile e di Giovanni (25) sono state notate alterazioni eografiche analoghe in un paz. che veniva a morte per insufficienza cardiaca da cisticercosi muscolare generalizzata.

* * *

Come ricerche collaterali venne anche eseguita la puntura di una delle vescicolette sottocutanee del petto con trasporto della piccola quantità di liquido cistico a distanza nell'ipoderma della coscia. Nel punto di questa iniezione intradermica non si ottenne che una modica e transitoria iperemia, mentre in corrispondenza del cisticerco punto si ebbe un piccolo ponfo con alone leggermente iperemico, che si dileguò in tre ore circa.

DECORSO E AUTOPSIA.

Decorso: Dopo l'ingresso in Clinica la p. ebbe un leggero miglioramento delle condizioni generali; la febbre rimase stazionaria fra 37° e 37°,5 con remissioni sempre più frequenti senza sudorazione e per qualche giorno di seguito fu anche apirettica; il polso fu sempre piuttosto frequente ed iposfigmico.

La cefalea accessionale non si presentò per molti giorni e la p. sembrò uscire dallo stato di torpore e di malinconia in cui si trovava, provando anche interesse per l'ambiente. La ipersonnia non fu così spiccata, mentre gli accessi di cefalea non si presentavano che alla distanza di 10-15 giorni e svanivano in 30-60 minuti lasciando la p. abbastanza abbattuta.

Malgrado le somministrazioni generose di tenifughi, non si riuscì ad ottenere l'espulsione della tenia che tardivamente. Ma, dopo circa 60 giorni di degenza, durante i quali il progresso della affezione era stato quello previsto e corrispondente alla lenta maturazione ed evidenziamento delle larve nei diversi distretti, vi dovette essere un'altra infestione massiva, poichè bruscamente le condizioni generali si rifecero cattive e la p. cominciò a sentirsi nuovamente stanca, anoressica e sonnolente, a febbricitare e a presentare quello stato di ottundimento del sensorio che si era andato dileguando; gli accessi di cefalea si fecero

*

assai più frequenti e penosi. Infatti qualche settimana dopo si potè notare che l'ingrossamento delle masse muscolari e l'esoftalmo avevano ripreso una rapida progressione. In breve sulle coscie comparvero delle strie atrofiche rossastre assai simili a quelle che caratterizzano la sindrome di Cushing, gli arti inferiori si fecero assai grossi ma non edematosi; l'esoftalmo si fece così pronunciato che lo sguardo laterale era quasi impossibile e la p. doveva dormire ad occhi semiaperti perchè l'ammiccamento era impossibile. Numerosi altri cisticerchi si evidenziarono nel sottocutaneo, nelle guance, uno nella palpebra, un'altro nella congiuntiva bulbare dell'occhio S. ed in numerosi altri organi.

Negli ultimi giorni di degenza poi la cefalea era divenuta continua con esacerbazioni accessuali durante le quali si avevano attacchi di convulsioni tonicocloniche irregolari con perdita di coscienza e dei riflessi. Durante la crisi convulsiva si notava concitazione cardiaca, qualche aritmia e polso molle e frequente. L'accesso durava una decina di minuti e lasciava la p. per alcune ore in uno stato soporoso.

Malgrado le peggiorate condizioni, la p. venne dal padre fatta uscire il 15 novembre 1937 e fatta entrare in un altro Istituto, dove poco più di un mese più tardi essa moriva.

Autopsia: I dati sono stati desunti dal verbale di autopsia, redatto nell'Istituto di Anatomia Patologica dell'Università: ne darò breve cenno, perchè, sia i reperti macroscopici che quelli istologici, hanno concordato con quanto è già stato detto.

Fu messa in evidenza una cisticercosi gravissima di tutti i muscoli scheletrici; ogni muscolo degli arti e del tronco, quelli estrinseci dell'occhio, la lingua, il cuore, il cellulare sottocutaneo, retroperitoneale e della loggia orbitaria erano talmente zeppi di cisticerchi di varie grandezze, ma tutti apparentemente vivi e non calcificati, che questi prendevano senz'altro la preponderanza sui tessuti. Un calcolo molto approssimativo eseguito dal settore in base alla massa corporea parassitata ha permesso di valutarli a non meno di 15-20 mila elementi. Gli organi addominali erano scarsamente parassitati: milza con una unica cisti parassitaria sottocapsulare e iperplasia linfoide della polpa. Fegato congesto senza localizzazioni parassitarie parenchimali. Rigonfiamento torbido e stasi recente dei reni. Nei polmoni si notavano alcune cisti esclusivamente sottopleuriche.

Numerosi esami istologici condotti sui principali organi parassitati dimostrarono che i parassiti erano viventi e non calcificati, che le alterazioni dei tessuti circostanti erano del tutto analoghe a quelle già descritte e che infine i parenchimi polmonari, epatico e splenico non erano parassitati. Il cervello ed il cuore non vennero esaminati istologicamente e non si poterono trarre ragguagli circa l'esame del sistema linfoghiandolare retroperitoneale. Nei muscoli le fibre muscolari superstiti erano pochissime e formavano come tenui tralci attorno alle vescicole; molte fibre muscolari erano frammentate, pallide e granulose. Scarsa infiltrazione specialmente eosinofila con piccoli stravasi sanguigni. Questi reperti concordano con quanto Micheletti (19) ha trovato nell'uomo e negli animali.

Studio del caso dal punto di vista clinico.

Dall'anamnesi e dalla obbiettività della paziente erano degni di rilievo, al fine diagnostico, i seguenti ordini di fatti:

gli accessi di cefalea, il vomito, le vertigini, i disturbi visivi e i fenomeni psichici;

i fenomeni generali (febbricole, deperimento, astenia);

l'esoftalmo e la pseudoipertrofia muscolare;

i segni della compromissione viscerale (cuore, fegato).

Questi complessi sintomatologici, se analizzati separatamente, avrebbero permesso le più disparate deduzioni diagnostiche, che non avrebbero soddisfatto al quadro presentato dalla nostra paziente, perchè nessuna ipotesi avrebbe potuto dar ragione di tutti i sintomi osservati.

Questo caso non si presta a costruire un diagnostico differenziale, perchè troppo evidenti sono state le sue note caratteristiche, ma in casi a sintomatologia più sfumata sarà utile far notare che i gravi sintomi nervosi potevano far pensare alla ipertensione da rapido sviluppo di neoplasie endocraniche o a forma meningea; ma allora in quale conto si dovevano tenere le alterazioni muscolari, l'esoftalmo e le alterazioni viscerali? Neanche la ipotesi di una miopatia progressiva non soddisfaceva, come pure nessuna malattia infettiva o parassitaria che spiegasse i fenomeni febbrili e magari nervosi, consentiva una maggior comprensione degli altri sintomi.

Anche il ricorrere all'associazione di malattie diverse non calzava nel nostro caso, perchè l'anamnesi era in precedenza all'attuale malattia, perfettamente muta e si può dire che i vari ordini di sintomi avevano avuto un armonico sviluppo, legato ad una progressiva compromissione di vari sistemi ed apparati.

Ed allora quali sono i sintomi che in casi simili possono mettere sulla buona strada l'osservatore? Io penso che il sintomo più grossolano, l'ingrossamento delle masse muscolari e l'esoftalmo, che facilmente si poteva ricondurre ad una analoga alterazione dei muscoli estrinseci dell'orbita, era il più adatto per indirizzare la diagnosi, specie se si considerava unitamente ai noduli sottocutanei. Le malattie che compromettono in tale grado i muscoli sono assai poche, quando le forme miopatiche progressive vengano escluse per le loro caratteristiche di ereditarietà, di lenta progressività e per la costanza delle alterazioni della

statica dello scheletro. Escluse, per ovvie ragioni, le forme muscolari infiammatorie acute, non restava che pensare a qualche infestione parassitaria a particolare tactismo muscolare; echinococco, filaria, trichina e cisticerchi.

Il primo dà localizzazioni solitamente uniche e non preferisce il muscolo; la filaria preferisce il sistema linfatico e raramente si trova nei nostri paesi.

Per la trichina c'era il dato anamnestico dell'uso di carni di maiale macellato in casa e mangiato poco cotto; però la trichinella spiralis si localizza alle estremità dei muscoli verso il tendine ed il periodo corrispondente allo stabilirsi del parassita nel tubo gastroenterico è accompagnato da disturbi enterocolitici assai più notevoli di quelli presentati dalla nostra paz. 4 mesi prima dell'ingresso in Clinica; il periodo di passaggio in circolo delle larve e delle sue localizzazioni muscolari è caratterizzato da nuovi fenomeni generali (febbre e astenia) cui corrispondono dolori muscolari intensi, specialmente alla glottide e ai muscoli respiratori, sedi di elezione del parassita. La nostra paz. invece aveva avuto solo qualche piccolo dolore muscolare ed inoltre presentava anche dei noduletti sottocutanei a tipo di linfoghiandole ingrossate e in sede anomala. Che non si trattasse di linfoghiandole ce lo assicuravano la relativa integrità delle stazioni linfoghiandolari esplorabili ed i caratteri che facevano piuttosto pensare a qualche cosa di cistico situato isolatamente nel sottocutaneo.

Non resta perciò che la cisticercosi nella sua forma generalizzata che può dare localizzazioni sottocutanee e muscolari del tipo descritto.

È ovvio ammettere che a questo primo punto ci si arriva solo in via di ipotesi, restando da vedere in qual modo tutti gli altri sintomi possono rientrare nel quadro della parassitosi: questo è il procedimento mentale che si deve tenere nel diagnostico differenziale di un quadro morboso di questo genere. Intanto ci soccorreva il ricordo anamnestico dell'abitudine di mangiare carne di maiale poco cotta, dello zio portatore di tenia.

Come abbiamo già visto l'esoftalmo si poteva riferire alla ipertrofia dei muscoli estrinseci dell'occhio o meglio a localizzazioni nei tessuti perioculari di numerose larve; nè merita quindi, in assenza di ogni altro sintomo di ipertiroidismo, di insistere maggiormente su ciò.

La sintomatologia nervosa è quella più interessante nel nostro caso. È indubbio che tutti i sintomi indicati nel primo gruppo siano da riferirsi a gravi alterazioni nervose forse di diversa natura ed entità: gli accessi di cefalea, vomito, vertigine, i disturbi visivi si potevano mettere in relazione ad uno stato di ipertensione endocranica; ma di quale tipo? Gli accessi erano brevissimi e negli intervalli la bambina godeva di un relativo benessere. Questi sintomi andarono aggravandosi e presentandosi sempre più di frequente ed alla fine erano divenuti quasi continui; si erano poi aggiunti disturbi psichici e crisi convulsive di tipo epilettico con perdita di coscienza.

Tutto questo indicava che lo stato ipertensivo endocranico (non venne praticata puntura lombare, perchè, accertata la diagnosi, non si volle arrischiare di aggravare le condizioni della paziente) subiva dei bruschi aggravamenti, che sfumavano in breve tempo lasciando la paziente solo relativamente prostrata.

Dirò anzitutto che la cistecercosi cerebrale si presenta nei modi più svariati; può essere anche muta di sintomi, come in 19 casi di Sato (24) (su 128) e in 63 sui 306 di Szerypiorski (26), ma per lo più si presenta con fenomeni epilettici, altre volte con sintomi meningitici oppure con fenomeni simulanti il tumore cerebrale o altre affezioni a focolaio, oppure con disturbi psichici. Ciò è forse dovuto al numero e situazione dei parassiti, ma tuttavia è degno di rilievo questa tendenza alla accessionalità dei sintomi, la variabilità nel tempo del tipo di sintomi, potendosi, come nel caso di Croveri e Marcolongo (7), avere un passaggio da fenomeni epilettici a fenomeni di tipo di ipertensione endocranica. È altresì importante stabilire come raramente esista papilla da stasi, malgrado la notevole ipertensione da tutti gli AA. riscontrata. (Però nei casi di Osterwald (21) e di Alajouanine, Thuret e Hornet (1), si assiste al progressivo instaurarsi di una papilla da stasi di alto grado). Anche i segni radiologici di ipertensione endocranica sono poco costanti.

Secondo alcuni AA. queste sono vere e proprie caratteristiche della cisticercosi cerebrale specialmente in relazione alla localizzazione nei ventricoli cerebrali di larve libere o fissate alla parete.

Venne anche data molta importanza ad un sintomo descritto da Bruns (4), come specifico della cisticercosi dei ventricoli: questo sintoma consiste nella insorgenza in rapporto a bruschi movimenti del capo e del torace

di fenomeni cerebrali di entità e intensità variabile e cioè vertigine, vomito e cefalea accessuale violenta. In verità questa sintomatologia è stata riscontrata in numerosi casi nelle più svariate combinazioni e gradazioni e sarebbe in rapporto con brusche *poussée* ipertensive endoventricolari da mobilizzazione di larve libere nelle cavità ventricolari. Sul valore di questo sintoma è già stato molto scritto e lo stesso Bruns (5) ha notato che esso è presente anche nei tumori cerebrali specie della fossa posteriore e Oppenheim (20) lo riscontrò nell'idrocefalo cronico, nella neurastenia ed in talune anemie. Inoltre in numerosi casi esso manca.

Tuttavia la sintomatologia nel nostro caso si poteva ricondurre effettivamente al sintoma di Bruns.

Un altro ordine di lesioni nella cisticercosi cerebrale è rappresentato dalla meningite cisticercotica basilare, su cui insiste Alajouanine e collab. Ma nel nostro caso ci sembrò di poter escludere questa possibilità data l'assenza di sintomi da irritazione meningea. Invece non fu possibile mettere in evidenza fenomeni da lesioni di focolaio e i disturbi psichici insorsero piuttosto tardivamente malgrado la entità. Lo stato epilettico infine (cisticerco-epilessia) insorto durante la degenza ci aveva fatto pensare a lesioni corticali. Il reperto autopsico dimostrò però una tale parassitosi meningo-encefalica che ci ha stupiti, perchè i sintomi non erano affatto imponenti.

Le alterazioni miocardiche, sospettate in base ai dati obbiettivi, rientravano facilmente nel quadro della parassitosi generale (vedi caso di Spangeberg e coll.).

Meno bene era spiegabile la leggera compromissione epatica comprovata anche da qualche prova di laboratorio: si sa che fegato, polmoni, milza e reni generalmente non vengono parassitati ed era perciò giocoforza pensare ad una compromissione del fegato in via tossica, per quanto la parassitosi venisse assai bene sopportata.

Per quanto riguarda le prove di laboratorio e le indagini fatte, non vi ritornerò più sopra, perchè sono state ampiamente illustrate. Mi limiterò a dire che è la biopsia quella che può dare la sicurezza della diagnosi; ma accanto a questo notevole valore hanno anche tutte le altre prove.

Giova ricordare poi che nel nostro caso vi furono segni prodromici dell'infestazione, per quanto atipici (febbre, astenia, disturbi gastro-enterici, deperimento). Numerosi dati sperimentali (Leisering (14), Leukart (15), Zenker (30)) parlano per la presenza di sintomatologia prodromica, e anche nell'uomo, per quanto molto raramente, essa si può osservare (caso di Wollemborg (29) e quello di Otto (22)). Probabilmente essa è in relazione colla entità dell'infestione.

È da rilevare nel nostro caso poi l'aperto contrasto tra l'emoeosinofilia di altissimo grado, espressione probabile di forte produzione di sostanze tossiche ad azione eosinofila sui tessuti emopoietici e non eccessiva reazione tissulare attorno ai parassiti. Assai più frequentemente nella cisticercosi ed in altre malattie parassitarie venne descritto istoeosinofilia con emoeosinofilia (Foà (9), Croveri e Marcolongo (7), Croveri (6)).

Quanto alla terapia, essa fu impotente di fronte al progredire dei sintomi. Abbondanti somministrazioni di calcio non valsero a nulla; il liquido di Pregl per via endovenosa non diede alcun risultato.

RIASSUNTO.

Viene esposto un caso di cisticercosi disseminata grave che presenta i seguenti lati interessanti:

1) rarità della forma generalizzata; 2) massività della infestione (15-20 mila parassiti circa); 3) contemporaneità nello stesso ospite della forma adulta e della forma larvale della Tenia solium; 4) patogenesi senza dubbio autoinfestativa per probabili rigurgiti dall'intestino allo stomaco; 5) quadro clinico, reperti ematico ed elettrocardiografico interessanti; 6) quadro radiologico di cisticerchi muscolari e sottocutanei non calcificati, per la prima volta dimostrati mediante speciale tecnica; 7) caratteristiche lesioni come reperti di biopsia e di autopsia.

BIBLIOGRAFIA.

1) ALAJOUANINE, THUREL, HORNETT. Pr. Méd., 49, 918, 1937.
2) ALESSANDRINI in LUSTIG. *Malattie infettive dell'uomo e degli animali*. Vallardi, Milano, 1923; ID. Tratt. di Parassit. in Tratt. di Igiene, U.T.E.T., 1929.
3) BRUMPT. *Précis de Parasit.*, Paris, Masson, 1937.
4) BRUNS. *Die Geschwülste des Nervesystems*. Berlin, 1908.
5) BRUNS. Neurol. Zentralbl., 565, 1902.
6) CROVERI .*La peste bovina*. Buenos Aires, 1921.
7) CROVERI e MARCOLONGO. Arch. per le Sc. Med., 56, 193, 1932.
8) DANIELSEN. Beitr. z. kl. Chir., 44, 1904.
9) FOÀ. Tratt. di anat. pat. U.T.E.T., Torino.
10) GARRETTO. In corso di stampa.
11) GRADO. Riv. San. Siciliana, 23, 742, 1935.

12) Henneberg. Monatsschr. f. Psych. u. Neur., 28, 1906; Id. In Handbuch der Neur. di Lewandowsky, vol. III, Berlin, 1912.
13) Guccione. *La cist. del sist. nerv. centr. an.* Soc. Ed. Libr., Milano, 1919.
14) Leisering. Citato nella monografia di Guccione.
15) Leukart. *Die Parassiten des Menschen.* Leipzig, 1888.
16) Lewandowski. Handbuch der Neurol. vol. III, Berlin, 1912.
17) Marchand. In Handbuch d. allgem. Path. Leipzig, 1908.
18) Meldolesi e Garretto. Policlinico, Sez. Prat., 1937.
19) Micheletti. Ann. di Med. Nav. e Col., 2, 531, 1930.
20) Oppenheim. Leherbuch d. Nervenkr., Berlin, 1908.
21) Osterwald. Neurol. Zentralbl., 265, 1906.
22) Otto. Z. f. Psych., 41, 111, 1903.
23) Pichler. Prager Med. Woch., 16, 1900.
24) Sato. Deutsch. Z. f. Nervenheilk., 27, 24, 1904.
25) Spangenberg, Basile e Di Gianni. Le Prensa Med. Arg., 24, 1239, 1937.
26) Szczpiorski. *Les cist. de l'encephale.* Thèse de Paris, 1890.
27) Virchow. Vich. Arch. f. Pat. An. u. Phys., 18, 528, 1860.
28) Vosgien. *Le Cyst. cellulosae chez l'homme et chez les animaux.* Jouve, Paris, 1911.
29) Wollemborg. Arch. f. Psych., 40, 98, 1905.
30) Zenker. Allg. Z. f. Psych., 28, 201, 1872.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Divisione Chirurgica
dell'Ospedale Maggiore di Parma
diretto dal prof. Sannazzari.

Ostruzione intestinale da calcolo biliare consecutiva a fistola duodeno-cistica.

Dott. Bruno Lunardi, comprimario.

Nella relazione presentata alla Società Italiana di Chirurgia nella 32ª adunanza tenuta in Roma nell'ottobre 1925, relatori Stoppato e Margarucci, si disse che fra le occlusioni intestinali da cause risiedenti all'interno della parete intestinale (quindi ostruzioni), quelle dovute ad ostruzione per calcoli biliari sono una evenienza rara, ma non rarissima. Credo tuttavia che non sia superfluo illustrare il caso che ho potuto seguire ultimamente in questa Divisione Chirurgica.

Si tratta di R. Carolina, di anni 53, da Parma. Dall'anamnesi familiare si rileva che il padre è morto all'età di 55 anni per una neoplasia gastrica mentre la madre è morta in tarda età, 79 anni, per una affezione imprecisata. Per una probabile neoplasia gastrica è pure deceduta a 62 anni una sorella ed un fratello è morto dopo essere stato a lungo affetto da tubercolosi polmonare.

L'anamnesi personale remota sembrerebbe pressochè muta: parti e gravidanze normali, mai malattie degne di nota.

Riferisce però la paziente che dovette sovente consultare il medico di casa per certi disturbi gastrici, peso allo stomaco dopo pasti copiosi e specialmente dopo ingestione di fritti o di alimenti grassi, gastralgie non violente, flatulenze e qualche volta ipercloridria, disturbi che, data anche la poca importanza che vi annetteva la paziente, furono sempre ritenuti secondari a fenomeni nervosi. Dovevano inoltre essere così di poco peso alla paziente che anche quando un sanitario prospettò qualche anno fa l'ipotesi di una colecistite, non si credette opportuno ricorrere all'ausilio di un esame radiografico e tanto meno di intraprendere una cura energica. Del resto la paziente nega ittero, nega coliche e dolori dell'ipocondrio di destra.

Veniamo al fatto recente: cinque giorni prima del suo ingresso all'ospedale, a digiuno, avvertì un dolore allo stomaco, dolore non violento, non lancinante, seguito da senso di nausea. Considerandola una solita indisposizione si volle purgare con una limonata citromagnesiaca ma ne ebbe come effetto il vomito. Così poi continuò a vomitare qualsiasi cosa volle ingerire; l'alvo, svuotato con un clistere, si chiuse ma non completamente. Infatti di tanto in tanto la paziente riusciva ad emettere un po' di gas, le feci niente.

Il vomito fu dapprima biliare poi si fece giallastro, fetido ma non fecale. Continuarono i dolori in sede epigastrica ed anzi andarono accentuandosi: avevano una certa remittenza soltanto dopo il vomito. Non spiccato senso di gonfiore, non temperatura.

Il quadro se non allarmò il curante per l'importanza dei sintomi, lo allarmò invece per la sua durata e continuità per cui all'inizio della quinta giornata di malattia fu chiamato un consulente.

Con la diagnosi di sospetta occlusione intestinale la paziente venne ricoverata in ospedale.

Esame obbiettivo. — Soggetto macrosplancnico in discrete condizioni di nutrizione: masse muscolari discretamente valide, ipotoniche. Cute pallida con abbondante pannicolo adiposo; scheletro normale.

L'aspetto della paziente è ansioso, la facies è abdominalis, occhi incavati con sclere subitteriche, guancie leggermente incavate. La lingua è umida ancora e non molto patinosa. La temperatura è normale: le pulsazioni oscillano fra le 90 e le 100, i respiri poco più di venti.

Nulla agli arti, nulla all'apparato polmonare, toni cardiaci un po' cupi e lontani ma non alterati da rumori patologici; del resto l'area cardiaca non è ingrandita.

Al torace reperto ascoltatorio normale.

L'addome è, ampio, leggermente « bombé » in zona epigastrica ed ombellicale, ma non rivela, perlomeno all'occhio, un meteorismo spiccato nè anse intestinali contratte. Anche eseguendo le comuni manovre non si riesce a provocare contrazioni visibili delle anse. Alla palpazione trattabilità ovunque; l'unica zona un poco dolente la si trova in sede epigastrica e più precisamente verso la regione piloro-duodenale: ad ogni modo non contratture dell'addome, sia estese sia localizzate. Si rilevano invece rumori passivi provocati alla palpazione (guazzo e rumori metallici), mancano i rumori attivi.

Alla percussione: timpanismo ovunque tranne che all'ipocondrio destro dove si rileva una zona d'ottusità che non scompare anche facendo cambiare di posizione alla paziente.

Fegato e milza nei limiti: l'esame dell'apparato genito-urinario è completamente negativo.

L'esame delle urine rivela una discreta indacanuria: mancano tutti gli altri elementi ricercati compresi i pigmenti biliari. Pressione Mx 125, Mn 90.

Diagnosi clinica. — Occlusione intestinale alta, presumibilmente a carico del tenue da causa imprecisata.

Esame radiografico. — L'esame radiografico, prontamente eseguito dal prof. Rossi, direttore dell'Istituto di radiologia di questo ospedale, con la paziente in stazione eretta mette in rilievo numerose, piccole raccolte idrogassose, mobili, sparse in tutto l'ambito addominale, ma specialmente nella regione mediana. Praticando un clisma opaco si dimostra che il colon si inietta regolarmente in tutto il suo decorso senza incontrare ostacoli; inoltre morfologicamente e funzionante il colon appare normale e inquadra le raccolte idrogassose rilevate all'esame diretto. In complesso quindi l'esame radiologico dimostra la sindrome di una *stenosi bassa dell'ileo*.

Reperto operatorio (operat.: prof. Sannazzari). La paziente vien subito operata in narcosi morfio-eterea. Laparatomia mediana sulla linea xifopubica: aperto il peritoneo esce liquido ematico, chiaro, privo di qualsiasi odore. Le anse dell'ileo sono abnormemente distese da gas e congeste sino alla valvola ileo-cecale dove una massa rotondeggiante, dura, grossa come una noce, fa da tappo alla valvola stessa. Si riesce con facilità a farla risalire per il lume dell'ileo, mentre nonostante tutte le manovre conciliabili con la fragilità dei tessuti, non si riesce a farle superare la valvola ileo-cecale. Si è costretti allora ad aprire il tenue a circa 50 cm. dalla valvola per estrarre il corpo estraneo che altro non è che un grosso calcolo di colesterina proveniente, vedremo poi in che modo, dalla cistifellea. Estratto rapidamente il calcolo, si provvede alla sutura della breccia praticata. Dato il reperto, l'intervento non si può fermare a questo punto tanto più che le dimensioni del calcolo (tre centimetri circa di diametro) fanno pensare senz'altro ad una fistola duodeno-cistica. Infatti la fellea è scomparsa sotto un ammasso di aderenze che non si districano con tanta facilità; inoltre la loggia è tamponata da zaffi di omento i quali pure hanno preso stabili aderenze con lo stomaco, col fegato, col duodeno. Liberato il campo ci si trova di fronte ad una fellea non molto grande, con pareti molto ispessite e di colorito bianco-grigiastro ed il cui fondo fa corpo con la porzione discendente del duodeno. Palpando si rileva inoltre che la fellea è piena di calcoli faccettati non molto grossi; di questi calcoli si riesce con la semplice pressione a farne passare uno nel duodeno. Constatata così la fistola duodeno-cistico, si isola il campo, si scollano le aderenze, si satura accuratamente la breccia del duodeno e si pratica la colecistectomia. Nulla di eccezionale sia nel cistico, che si è reciso, sia nel coledoco.

Si zaffa, si chiuse a strati.

I calcoli contenuti nella cistifellea erano undici, faccettati, di varie dimensioni e formati di colesterina.

***

Il caso descritto ha avuto quindi una fase preparatoria ed una fase acuta con una serie di modificazioni intermedie che si prestano ad alcune considerazioni.

Punto di partenza: una colecistite calcolosa, colecistite che ha dato sintomi premonitori per molti anni, sintomi sopportati sempre con relativa facilità per cui furono tratti in inganno sia il paziente sia il curante. Probabilmente una colica violenta sarebbe stato un campanello d'allarme che avrebbe per lo meno richiesto un esame radiografico e quindi avrebbe portato con tutta facilità, dati i sicuri mezzi d'indagine, alla diagnosi esatta ed alla cura che sarebbe stata certamente chirurgica. Si sarebbero evitati anni di sofferenze, la formazione della fistola duodeno-cistica e l'ostruzione della valvola ileo-cecale.

Il quadro riprodotto, appunto perchè non è rarissimo, dovrebbe, se non altro, ricordare la necessità di non tentennare a stabilire l'indicazione operatoria di fronte a vescicole biliari piene di calcoli: naturalmente non parlo tanto del chirurgo quanto del medico che troppo spesso è portato a tentare la cura medicamentosa per tempi indeterminati. La diagnosi del fatto acuto non fu subito facile poichè si presentarono in un primo tempo nè più nè meno i soliti disturbi: fu la persistenza del quadro e sopratutto l'insistenza del vomito che indussero il curante a chiedere il consiglio del chirurgo. Mancò persino l'ausilio della chiusura completa dell'alvo, poichè, dato che il calcolo faceva da tappo alla valvola ileo-cecale senza esservi impegnata, permetteva di tanto in tanto il passaggio per lo meno di gas.

Il chirurgo in quinta giornata si trovò di fronte ad un addome soltanto in parte (nella parte centrale) meteorico, trattabile ovunque, senza rumori attivi, invece con rumori passivi provocati alla palpazione (guazzo e rumori metallici), e vomito frequente, non fecale e ad una sindrome dolorosa in sede epigastrica: la diagnosi non poteva essere che di occlusione subacuta intestinale a sede alta. Le condizioni generali della paziente non facevano che confermare fatti tossici da occlusione, per cui si rendeva urgentissimo l'intervento. Si richiese ancora un'ora di tempo per un esame radiografico, esame che fu utile in quanto precisò ancor più la sede dell'ostacolo, ma che non portò lumi per quello che riguarda la natura dell'ostacolo stesso. Se si fosse trattato di calcoli visibili ai raggi X.

sarebbe stato possibile formulare una diagnosi esattissima di sede, di natura e sarebbe stato possibile ricostruire anche il quadro dal suo inizio.

Clinicamente credo non vi si potesse arrivare con lo scorcio di tempo avuto a disposizione: forse si sarebbe potuto avanzare l'ipotesi della semi-occlusione da calcolo se precedentemente fosse stata diagnosticata con certezza una colecistite, cosa che invece era appena lecito supporre.

La cura non poteva essere che chirurgica.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di ostruzione intestinale a livello della valvola ileo-cecale dovuto ad un grosso calcolo di colesterina entrato in circolo a causa di una fistola duodeno-cistica.

RILIEVI E COMMENTI

(A proposito di cura medica dell'appendicite).

Illustre Direttore,

Vi sarò veramente grato se vorrete inserire nella Sezione Pratica del « Policlinico » questa breve nota che penso debba essere di una grande importanza pratica.

Nel n. 9 di questo pregiato giornale leggo un lavoro del dott. A. Sacchetti, assistente effettivo nella seconda Sezione medica dell'Ospedale Maggiore di Novara.

Egli, partendo dal concetto che la terapia bismutica ha un certo effetto in alcune forme anginose, e ricordando i rapporti, forse un po' troppo valutati, fra tonsilla e appendice, si sente autorizzato a parlare di « Cura medica della appendicite acuta e sub-acuta con le iniezioni di bismuto ».

E incomincia: « Il problema della terapia da instaurare nei casi di appendicite acuta non è facile a risolversi... ». Ma come? Il problema che voi prospettate, egregio collega, ancora come insoluto è già risolto da anni ed anni: ed è stata una risoluzione *essenzialmente chirurgica*. È questa oramai una cosa pacifica e sarebbe inutile stare a portare nomi, cifre, statistiche, ecc., poichè internisti e chirurghi di tutto il mondo sono completamente d'accordo per questa soluzione. Se ancora esiste qualche punto di disaccordo, questo si basa sul « momento » dell'intervento, ma *mai* sul fatto che possa esistere una « terapia medica dell'appendicite acuta » come potrebbe apparire leggendo il titolo della Vostra pubblicazione.

Nè tanto meno ci si può sentire autorizzati a lanciare un lavoro, sopra un giornale eminentemente pratico, con un titolo che potrebbe importare un cambiamento nell'indirizzo terapeutico, di una forma morbosa, così frequente: cambiamento di indirizzo che non credo sia nella intenzione del collega Sacchetti. Tanto meno poi quando questo indirizzo terapeutico dovesse basarsi su la scorta di soli 9 casi.

È cosa risaputa da tutti che le forme appendicolari passono regredire e questo è sempre successo... anche senza l'iniezione di bismuto, tanto è vero che io non mi sentirei per niente autorizzato a dire, che nei casi riferiti, la regressione sia dovuta alla iniezione di bismuto.

Il difficile è poter sapere *se* regrediscono ed è per questo *se* che una grande massa di chirurghi fra i quali mi onoro modestamente di appartenere, propugna l'intervento a caldo. Ma per il resto ormai non c'è più discussione. La terapia dell'appendicite, qualunque forma sia, è soltanto chirurgica: non esiste la terapia medica.

Che se il collega con questo nome avesse voluto indicare che il bismuto potrà essere un contributo vantaggioso per la forma morbosa in parola, contributo che potrà essere adoperato con beneficio come cura pre-operatoria, allora potrò essere anche d'accordo con lui. Ma in questo caso vorrei ben specificare che questa iniezione pre-operatoria non dovrà « differire per nulla, il momento dell'intervento ». Ed in questo caso non si dovrà parlare di « cura medica » ma bensì di contributo alla cura chirurgica.

Ed ancora un altro punto vorrei far rimarcare ai numerosi colleghi pratici che leggono questo diffuso giornale: l'iniezione di « spasmalgina ».

Va da sè che dopo l'iniezione il paziente potrà aver sollievo dalle sue sofferenze, ma questo senso di umanità non ci deve far perdere di vista il fatto importantissimo, specialmente in un addome acuto, del preciso accertamento diagnostico.

Ora, se pure nei casi riferiti dal collega Sacchetti, sembra che la diagnosi sia stata ben certa, tuttavia non vorrei che per il medico pratico questo fatto potesse essere seguito come norma: penso che ne deriverebbe un guaio gravissimo.

Su questo io feci richiamare l'attenzione dei medici in un recente lavoro di un mio Assistente (*Forze Sanitarie*, n. 12, 1938) dove venne prospettato il pericolo al quale i sedativi possono portare in materia di addome acuto.

In fatto di appendicite acuta poi, dove il dolore non è mai esagerato, non credo si debbano adoprare i sedativi anche quando la diagnosi è fatta poichè, specialmente per il collega che dovrà seguire l'ulteriore effetto della bismuto-terapia, il sedativo maschererà non solo l'ulteriore progredire della forma morbosa, ma anche il reale effetto del bismuto stesso.

Questi appunti che mi son permesso di fare non hanno avuto di mira altro che il medico pratico, quello specialmente che vive un po'

lontano dagli ospedali. Per esso penso che l'iniezione di bismuto e l'iniezione di Spalmagina debbano essere due armi pericolose.

Prof. Dott. GIUSEPPE GUCCI
direttore dell'Ospedale di *S. Fina*
in S. Gimignano.

***

A proposito della terapia della febbre ondulante con la maretina.

Ho letto nel n. 7 de *Il Policlinico*, Sez., pr., il lavoro del dott. Fusetti sulla cura della brucellosi con la maretina. L'A. afferma di avere ottenuto buoni risultati in oltre 200 casi con dosi di 20 a 30 cg. pro die, ma aggiunge subito che gran parte degli ammalati erano andati a curarsi nella zona climatica di Porretta Terme, a circa 800 m. s. m., dove la malattia può anche volgere spontaneamente a guarigione. Il contributo è interessante. Ma a me sembra che per giudicare dell'azione terapeutica della maretina, come di qualsiasi altro farmaco, sia indispensabile tenere nel debito conto la virulenza del germe, i ceppi patogeni, le condizioni individuali e ambientali e la durata della malattia sotto l'influenza del farmaco somministrato.

Forse nel Ferrarese e nel Ravennate o nelle zone vicine, la febbre ondulante non assume, di solito, quella gravità che assume, invece, in Calabria e in Sicilia, e quindi non fa meraviglia se in quelle regioni la brucellosi possa facilmente guarire con la sola cura climatica. Da noi è tutt'altra cosa.

Dei parecchi rimedi sperimentati possiamo dire di avere ottenuto risultati molto soddisfacenti (guarigione in pochi giorni) con la vaccinoterapia endovenosa preconizzata dalla scuola del Ferrata e del Di Guglielmo e con la tripaflavina preconizzata da Izar. Risultati meno buoni con la vaccinoterapia per via muscolare e coi metalli colloidali. La maretina, alla dose di 2 gr. pro die, ha determinato la cessazione della febbre in due o tre giorni, ma l'interruzione della cura, anche dopo 5-6 giorni, faceva ritornare la febbre. Sono occorsi in media da 20 a 25 giorni di cura maretinica, per ottenere la guarigione, come ebbi occasione di rilevare su « Il Policlinico », Sez. pr., n. 20, 1938, ma si dovettero lamentare fatti di intolleranza, a volte allarmanti.

In questi ultimi tempi ho provato a somministrare 1 gr. pro die, ma le cure non sono state coronate da successo. Per conseguenza mi convinco sempre più che, almeno da noi, non essendo il decorso della febbre ondulante così mite come sembra che sia nelle regioni in cui il dott. Fusetti ha compiuto per vari anni gli esperimenti, la terapia maretinica non è consigliabile. Sopratutto non è consigliabile nei casi con notevole astenia ed anemia, negli individui di età avanzata e con scadimento organico, nei malarici cronici, nei cardiaci, negli epatici e nei renali.

PIETRO TIMPANO.
Istituto Diagnostico di Reggio Calabria.

SUNTI E RASSEGNE

SECREZIONI INTERNE.

Stati di carenza di cortina.

(C. RIML, *Klin. Woschenschr.*, 25 febbr. 1939).

La somministrazione di « cortina », l'ormone della corteccia surrenale, permette di mantenere in vita gli animali privati delle loro capsule surrenali e gli ammalati di morbo di Addison. Le dosi necessarie sono molto elevate; nei casi leggeri di Addison dosi giornaliere corrispondenti all'estratto da 500 gr. di surrenale fresca, nei casi gravi, dosi 3-5 volte maggiori. Oggi la preparazione sintetica del corticosterone rende possibili questi dosaggi elevati.

Se un animale è stato privato delle surrenali o se in un individuo queste glandole vengono distrutte da localizzazioni luetiche, tubercolari o da processi sclerotici, per cui esso diventa Addisoniano, si parla di insufficienza surrenale assoluta. Molto più frequenti e molteplici sono i casi di insufficienza surrenale relativa, in cui i surreni funzionano normalmente ma non riescono a coprire l'aumentato bisogno di ormone che in determinate condizioni l'organismo può presentare. Si produce allora in primo luogo un ingrossamento compensatorio dei surreni, in secondo luogo appaiono sintomi che ricordano quelli caratteristici del morbo di Addison. Una tale deficienza relativa di ormone cortico-surrenale si determina nella iperattività muscolare, nelle malattie infettive, in varie intossicazioni, nelle ustioni e negli assideramenti, nell'iperdosaggio attinico e nello shoc da ferite.

Dopo intensa attività muscolare i surreni si ingrossano. L'ingrossamento non ha luogo se si somministra del lievito, il cui componente attivo è la flavina-acido fosforico. Quest'ultimo complesso riesce a mantenere in vita indefinitamente gli animali surrenalectomizzati, mentre la flavina sola è inefficace; come pure è inefficace la cortina se la si somministra ad animali senza surreni tenuti ad alimentazione priva di flavina. Per mantenere vivi questi animali è dunque necessaria o l'associazione cortina-flavina oppure la flavina-acido fosforico, è quindi verosimile che per trasformare in quest'ultimo complesso la flavina, sia indispensabile la presenza dell'ormone corticosurrenale. Nel siero di sangue di corridori e di tetanici (dunque dopo intenso lavoro muscolare) si è constatata la presenza di una sostan-

za tipica per la insufficienza corticale, la « sostanza di insufficienza surrenale ».

Una insufficienza di cortina si osserva nelle malattie infettive e soprattutto nella difterite. Clinicamente si constatano sintomi addisoniani (ipotonia, astenia, adinamia nella difterite, iperpigmentazione nella tubercolosi e nella sepsi protratta), terapeuticamente si ottengono buoni risultati dalla opoterapia corticale, anatomopatologicamente si trovano le surrenali ingrossate, sperimentalmente si provocano con la tossina difterica ad es., alterazioni delle surrenali e modificazioni del ricambio caratteristici della insufficienza corticale.

Animali senza surreni resistono meno a svariati veleni: questi stessi veleni ed anche sostanze naturali quali l'adrenalina possono in forti dosi provocare una insufficienza surrenale che la somministrazione di « cortina » può guarire.

Nella morte da ustione le uniche alterazioni patologiche si osservano nelle surrenali: la somministrazione di ormone corticale dà buoni risultati e spesso salva da morte gli ustionati, il cui sangue presenta anche le alterazioni caratteristiche per la insufficienza corticale.

Sintomi Addisoniani si osservano anche nella malattia da raggi Roentgen (adinamia, ipotonia: vantaggio da iniezioni ipertoniche di sale) e nello shoc traumatico.

In tutte le condizioni anzidette si formano nell'organismo prodotti del ricambio (sostanze da fatica o prodotti di sfacelo tissurale) per la cui neutralizzazione è necessaria la « cortina ». La corteccia surrenale allora si ingrossa, e se essa non riesce a soddisfare neppure in tal modo all'aumentato fabbisogno in ormone, si manifestano sintomi di insufficienza surrenale.

Eguali sintomi si ottengono sperimentalmente, se si inietta ad animali il dialisato di una sospensione autolizzata di poltiglia di organi in soluzione fisiologica: la contemporanea iniezione di « cortina » attenua o annulla questi sintomi.

Il primo segno della insufficienza corticale è l'accumulo nel sangue della « sostanza di insufficienza surrenale ». Questa eccita la funzione della corteccia surrenale del cui ormone essa ha bisogno, come molte altre scorie del ricambio, per venire fosforilizzata. Se la fosforilizzazione non avviene, per insufficiente presenza di ormone, le sostanze anormali si accumulano e provocano alterazioni del ricambio idrico ed elettrolitico. Dal sangue e dagli interstizi dei tessuti passa acqua nell'interno delle cellule, specialmente in quelle dei muscoli (passaggio favorito dalla acidosi da attività). In condizioni normali le cellule si difendono contro la iperidratazione cedendo del potassio (che da indiffusibile passa in uno stato diffusibile); se l'ormone corticale è insufficiente, il potassio resta indiffusibile entro le cellule che si iperidratano. L'acqua idratante viene attinta dal sangue e dagli spazi intercellulari dove si determina una ipertonia osmotica; di conseguenza diventa necessaria la eliminazione di sale (e con esso di una certa quantità di acqua) dall'organismo. Conseguenza della anidremia e dell'impoverimento del sodio e del cloro ematico, è la azotemia. Perciò nella insufficienza corticale il sangue si impoverisce in cloruro di sodio, l'urina invece ne contiene molto ed è povera di potassio, di fosforo, di azoto: mentre se la quantità di « cortina » è normale e sufficiente ai bisogni, l'urina è ricca di potassio, di fosforo, di azoto. La deficienza di cloruro di sodio nei liquidi organici degli insufficienti corticali spiega i vantaggi che si ottengono della somministrazione agli Addisoniani di forti dosi di questo sale: essa riesce ad evitare i sintomi più gravi della insufficienza corticale, così come la somministrazione di glucosio ai diabetici evita fino a un certo punto la chetonemia mortale. La somministrazione di ormone corticale riconduce alle condizioni normali il ricambio idrico ed elettrolitico.

P.

Crisi tireotossica, coma tireotossico.

(H. W. BANSI. *Deut. Mediz. Woschenscr.*, n. 7, 17 febbraio 1939).

Nella cura del Basedow e delle tireotossicosi la terapia iodica preoperatoria ha ridotto considerevolmente la pericolosità degli interventi chirurgici sulla tiroide. I più recenti dati danno una mortalità intorno al 5 % per le tireotossicosi operate di fronte all'11 % per quelle trattate con le sole cure mediche. Causa di morte in quest'ultimo gruppo è anzitutto lo scompenso circolatorio; la seconda causa di morte più frequente è uno stato designato col nome di crisi tireotossica risp. coma da Basedow.

La crisi tireotossica è un evento gravissimo e rappresenta per la prognosi del Basedow quello che rappresenta il coma diabetico per il diabete; spesso ha inizio subdolo, e può apparire nel corso di qualsiasi forma di tireotossicosi. Anzi, questo aggravamento improvviso è più frequente in tireotossicosi larvate prima non riconosciute e in casi leggeri di Basedow, mentre è più raro nel Basedow tipico con grosso struma. Una analoga crisi si manifesta a volte 12-24 ore dopo interventi sulla tiroide (resezioni, legatura di arterie); la cura iodica preoperatoria rende l'evento più raro.

Anche interventi chirurgici in altri territori, infezioni banali, sedute di raggi Roentgen o gravi emozioni psichiche possono scatenare la crisi tireotossica. La crisi si manifesta con uno stato di eccitazione psichica e di debolezza muscolare progressiva. Quest'ultima è tanto spiccata da dare l'impressione di paresi. La stretta della mano è totalmente priva di forza, le gambe non possono venir sollevate, gli angoli

della bocca pendono flaccidi, la lettera *r* non può venire articolata, la chiusura della glottide durante la deglutizione è insufficiente. La mucosa faringea è per lo più secca, di colore rosso-porpora, talvolta coperta da muco denso. Gli ammalati, in agitazione motoria ansiosa, diventano poi a poco a poco apatici e infine cadono in coma, che ha per lo più esito mortale entro pochi giorni. Altri sintomi frequenti sono la pelle rossa, asciutta, calda mentre cessa la sudorazione; il vomito, la diarrea intensa e disturbi della funzione epatica con sintomi che ricordano la atrofia gialla del fegato.

Nei primi tempi della crisi cuore e circolazione non sono compromessi: solo allo stadio terminale il polso sale a 160 e più battiti al minuto e si arriva alla insufficienza circolatoria.

La prognosi della crisi tireotossica è sempre estremamente grave, e tanto più quanto più tardivamente viene iniziata una terapia razionale. Ma anche con una adatta e tempestiva terapia la mortalità dei pazienti con crisi tireotossica ha superato negli ultimi 5 anni il 50 %: negli anni precedenti la mortalità era stata ancora più elevata. Si riesce invece a ridurre il numero dei pazienti che cadono in crisi tireotossica, se si riconoscono a tempo i primi segni di allarme di questa: stati di intensa eccitazione, insonnia, adinamia, forti perdite di peso, febbre di natura oscura, vomito, arrossamento della mucosa faringea. Si somministreranno allora forti dosi di iodio e abbondanti liquidi, soprattutto glucosati. Nella crisi tireotossica si somministrano 1-2 cmc. di endoiodina o 0,1-03 gr. di diiodotirosina, per via endovenosa o per bocca: a seconda dei sintomi si riduce o si aumenta la dose sorvegliando l'effetto ottenuto, analogamente a quanto si fa con l'insulina nel diabete. Con quanto minori dosi si riesce ad ottenere l'effetto desiderato, tanto migliori sono le prospettive per il futuro: perciò si aumenterà la dose solo se questo è realmente necessario. Se il paziente è ancora in grado di deglutire si ricorre alla somministrazione orale di 3 tavolette di diiodotirosina (corrispondenti a 175 mg. di iodio). La debolezza cardiovascolare si curerà sintomaticamente. Si raccomanda come terapia coadiuvante la somministrazione di ormone corticale, l'ipodermoclisi salina ipertonica e dai chirurghi la trasfusione di sangue. Con gli stessi criteri si cura la crisi tireotossica post-operatoria, che con le cure iodiche preventive è però diventata molto meno frequente di una volta. Esiste un certo numero di casi iodo-refrattari in cui la cura iodica non attenua i sintomi tireotossici e che fatalmente soccombono in coma.

Non appena la cura iodica ha fatto scomparire i più gravi sintomi tireotossici si dovrà considerare l'opportunità di diminuire le dosi di iodio: perchè se si continua a dare dosi elevate, la tiroide « traboccherà » e si avrà una nuova crisi tossica. La seconda crisi tireotossica è molto più grave della prima: essa è meno sensibile all'iodio e per più ha esito letale.

Perciò si limiterà la cura medica a quei soli pazienti in cui per la gravità dei sintomi tossici si ritiene l'operazione troppo pericolosa: in tutti gli altri casi di crisi tireotossica superata si farà operare il paziente senza perdere tempo. L'operazione si eseguirà in due tempi, dato lo stato di indebolimento notevole di questi pazienti.

La patogenesi del coma tireotossico non è chiara: l'alterazione più notevole che si riscontra è un aumento della eliminazione urinaria di sostanze che danno la reazione della creatina, deve quindi sussistere una grave alterazione del ricambio glicogenico.

P.

VASI SANGUIGNI.

La trombosi come coagulazione.

(K. APITZ *Klin. Wochenschr.*, 17 dic. 1938).

I processi fondamentali della trombosi sono considerati da alcuni essere una coagulazione della fibrina, da altri una agglutinazione delle piastrine. La questione è importante perchè mentre nel primo caso avrebbero principale importanza per la genesi della trombosi, la flebite e le infezioni, nel secondo caso sarebbero soprattutto da considerarsi le condizioni circolatorie e la composizione del sangue. La teoria della agglutinazione primaria era basata soprattutto sul fatto che all'esame microscopico degli agglutinati di piastrine non si vedeva fibrina. Oggi però la ricerca morfologica del substrato della coagulazione è stata sostituita dalla ricerca chimico-colloidale che ha permesso di identificare degli stadi trasformativi del fibrinogeno differenti dalla fibrina. La fibrina era finora considerata una sostanza insolubile, precipitabile solo in forma reticolofilare; oggi invece si sa che la coagulazione della fibrina è preceduta dalla presenza in forma colloidale-soluta di un prostadio della fibrina, la profibrina. Nei liquidi coagulabili, la presenza di profibrina non è svelata da alcun segno esterno, ma in modo indiscutibile dalle seguenti proprietà: 1) la solubilità dei substrati è molto diminuita, essi flocculano spontaneamente anche dopo arrestata ogni ulteriore azione della trombina; 2) i flocculati da aumento o diminuzione degli elettroliti sono irreversibili, contrariamente al normale comportamento delle globuline native; 3) sostanze adsorbenti sospese (caolino, solfato di bario sono rapidamente flocculati in grossi ammassi.

Indubbiamente la più frequente forma di precipitazione della fibrina è quella reticolofilare: essa può però anche precipitare in for-

ma di gel diffusi e soprattutto in forma di finissimi precipitati alla superficie di particelle sospese. Così nella suaccennata flocculazione del caolino non si osserva in campo oscuro alcuna precipitazione: eppure la ripetuta aggiunta di caolino ad una soluzione le sottrae la toatlità della profibrina che essa conteneva. Deve quindi essere avvenuta una precipitazione finissima di fibrina, invisibile al microscopio, che riunisce le particelle e per gravità le fa cadere al fondo: cioè le agglutina. Come le particelle di caolino, anche le piastrine vengono agglutinate da coagulazioni amorfe di superficie: il plasma contenente profibrina agglutina fortemente le piastrine fresche, mentre un eguale plasma controllo, privo di profibrina, non ha alcuna azione agglutinante. La agglutinazione delle piastrine è dunque una delle manifestazioni dei processi coagulativi del sangue. Delle sostanze necessarie per la coagulazione, la protrombuna ed il calcio circolano sempre nel sangue; l'altra sostanza indispensabile, la trombochinasi, si libera nelle distruzioni di tessuti e soprattutto in quelle che dispongono alla trombosi, nel corso di infezioni, di operazioni e di tumori.

L'organismo sano è però ancora protetto contro la coagulazione intravascolare per formazione di trombina, da una sostanza neutralizzante la trombina, contenuta nel plasma. Solo se questa sostanza neutralizzante è insufficiente si può avere la trombosi. La causa principale della trombosi consiste in alterazioni del sangue: basta una profibrinemia regionale per provocare delle trombosi nel territorio di deflusso di tessuto danneggiati (trombosi nelle vene del bacino in seguito a decubito al sacro). Altri fattori contribuiscono però al determinismo della « trombosi a distanza », soprattutto fattori circolatori (rallentamenti della corrente, vortici, ecc.) che rendano possibile quell'intimo contatto tra le piastrine che è indispensabile per la formazione di grossi agglutinati, neppure il fattore « alterazione dell'endotelio » perde la sua importanza, perchè gli agglutinati di piastrine non aderirebbero ad un endotelio normale. È logico ammettere che una precipitazione di superficie analoga a quella che agglutina le piastrine, avvenga anche sull'endotelio del vaso colpito e così vi fissi le piastrine agglutinate. Nei trombi da infezione, traumi, ecc., la parete vasale diventa anche il formatore del fermento.

P.

I disordini vasali delle estremità.

(J. R. LEARMONTH. *Practitioner*, marzo 1939).

I più frequenti disordini vasali delle estremità dipendono essenzialmente da una riduzione dell'irrorazione arteriosa, la quale può dipendere da alterazioni organiche o da disturbi funzionali.

I fatti organici che producono tali disordini sono: *a*) arteriosclerosi, nella quale l'inspessimento della parete dei vasi produce un restringimento del loro calibro; *b*) embolia che produce un arresto improvviso del flusso arterioso: l'embolo può provenire da una lesione cardiaca, fibrillazione auricolare, infarto endocardite batterica) oppure da un trombo formatosi nella zona ateromatosa nella parete di un'arteria; *c*) trombosi che provoca una riduzione graduale del flusso arterioso: il trombo può concorrere al restringimento di un vaso arteriosclerotico in individui anziani o diabetici, e sopravviene più frequentemente nella trombo-angioite obliterante, nell'arterite sifilitica, in seguito alla compressione esercitata da un tumore o da una costola cervicale su un'arteria, e più di rado come complicazione di stati infettivi (polmonite, tifo, ecc.) e di emopatie (policitemia vera, leucemia).

I disordini vasali di natura funzionale sono dovuti essenzialmente a spasmi della tunica muscolare delle arterie. Lo spasmo è iniziato da un fattore precipitante che non agisce continuamente donde l'intermittenza del disturbo. Il fattore precipitante più comune è il raffreddamento ed i vasi più comunemente colpiti sono le piccole arterie delle mani e dei piedi. Col tempo i vasospasmi ripetuti possono provocare anche alterazioni organiche delle arterie. Al quadro clinico risultante dall'occlusione arteriosa intermittente si suole dare il nome di fenomeno di Raynaud.

La riduzione graduale o intermittente del flusso arterioso produce modificazioni dei tessuti irrorati dai vasi compromessi, le quali si estrinsecano clinicamente con fatti particolari.

Nella cute e nel tessuto sottocutaneo si riscontra: 1) una riduzione costante della temperatura, o l'incapacità di adattamento alla temperatura ambiente, o anche una riduzione intermittente della temperatura prodotta dall'esposizione al freddo; 2) alterazioni nutritive che possono andare dalle ulcerazioni locali fino alla gangrena più o meno estesa di un arto. Tutti questi fenomeni sono generalmente dolorosi.

Nei muscoli si ha il così detto crampo doloroso, che provoca la claudicazione.

Quando si sospetta l'esistenza di un disordine vasale è necessario raccogliere un'anamnesi accurata e praticare un attento esame generale. Innanzi tutto occorre rilevare le condizioni del sistema circolatorio, lo stato del cuore e dei grossi vasi, le condizioni delle arterie periferiche, i caratteri del polso e l'eventuale sua assenza. Nei disturbi delle estremità superiori vanno esaminate la brachiale, la radiale e l'ulnare; ed in quelli delle estremità inferiori la femorale al di sotto del legamento inguinale, la poplitea all'altezza del ginocchio, la tibiale posteriore, dietro il malleolo interno e la pedidia sul dorso del piede. L'e-

same dovrebbe essere fatto in un ambiente caldo per ottenere la pulsazione massima: in tali condizioni l'assenza del polso ha una notevole importanza diagnostica e rivela l'eventuale natura organica dell'affezione arteriosa.

In pratica le condizioni che più comunemente determinano un impaccio dell'irrorazione sanguigna delle estremità sono in ordine di frequenza: l'arteriosclerosi, il dito freddo ereditario, il morbo di Raynaud, la tromboangioite obliterante e l'arterite sifilitica. Nell'arteriosclerosi sono per lo più colpiti i piedi e le gambe, nel dito freddo ereditario uno o più dita, nel morbo di Raynaud le mani e meno spesso i piedi, nella tromboangioite obliterante i piedi e le gambe, nell'arterite sifilitica le mani, il naso e le orecchie. Il morbo di Raynaud colpisce di preferenza le donne, le tromboangioiti gli uomini, le altre affezioni indifferentemente ambo i sessi.

Il fenomeno di Raynaud consiste in un'alterazione del colore delle dita, meno spesso di quelle dei piedi quando sono esposte al freddo, specie nell'acqua fredda. Le crisi si verificano più facilmente quando tutto l'individuo è raffreddato o in seguito ad emozioni. L'alterazione s'inizia alla parte distale delle dita e nei casi medi rimane così limitata; nei casi gravi invece si estende fino alle articolazioni metacarpo-falangee e perfino al dorso ed al palmo delle mani. Quando i vasi sono organicamente intatti si ha per lo più un colore azzurro scuro, ma quando vi sono alterazioni organiche o la crisi dura a lungo la tinta tende al bianco. Durante l'attacco le dita diventano dolenti, fredde e inutilizzabili. La scomparsa del disordine si ha con il riscaldamento della parte e procede dalle parti prossimali verso le falangi distali. S'inizia con la comparsa di chiazze rosse che aumentano di volume, confluiscono e poi la parte riacquista il colore normale. Il ritorno della circolazione è spesso accompagnato da una sensazione locale di bruciore e di formicolio.

Il fenomeno può verificarsi in tutte le affezioni su ricordate, ma nel morbo di Raynaud è simmetrico, mentre nelle altre condizioni suole colpire una o più dita in rapporto al grado della sensibilità locale e del disordine vasale.

Il senso costante di freddo ai piedi si ha quando esistono alterazioni vasali organiche. Quando il paziente sta in piedi questi diventano cianotici, quando invece ha le gambe elevate le estremità diventano bianche.

Le alterazioni nutritive sono considerate come l'espressione di una lesione organica dei vasi. La presenza di ulcerazioni ai polpastrelli in una giovane donna costituisce un sintoma di morbo di Raynaud progressivo o di sclerodattilia. Le alterazioni nutritive sono costituite dalla gangrena che può essere limitata e superficiale dando ulcerazioni dei polpastrelli della dita delle mani, degli spazi interdigitali delle dita dei piedi, o del calcagno; ma possono colpire anche tutti i tessuti di una parte provocando la gangrena di un dito o di un arto. Sono in genere determinate da un trauma anche leggero o da un'infezione, fatti che richiedono un maggiore apporto di sangue, che dato le condizioni circolatorie locali non può essere fornito.

Una delle manifestazioni dell'insufficiente irrorazione sanguigna è il dolore stando a riposo. È per lo più avvertito alla pianta del piede o al calcagno: aumenta di notte quando il paziente si mette a letto, nelle occlusioni arteriose croniche si ha spesso un crampo doloroso della gamba, che compare dopo sforzi e cessa con il riposo; è l'espressione dell'insufficiente circolazione dei muscoli.

Tutti i pazienti di riduzione della circolazione periferica, qualunque ne sia la causa, hanno bisogno di caldo. Perciò le estremità devono essere ben coperte per un buon tratto con indumenti che mantengono il calore, che non limitino i movimenti e non provochino costrizioni; per le mani occorrono guanti di lana, ampi, preferibilmente con un solo spazio per tutte le dita; le scarpe debbono essere ampie, soffici, leggere. Il paziente dovrebbe dormire in una camera calma, con veste da notte calde, sotto coperte di lana soffici.

Il dolore deve essere prontamente curato. Per gli arteriosclerotici che soffrono dolori alle estremità non appena vanno a letto è preferibile che dormano seduti su una poltrona. La claudicazione dolorosa si previene con la rigorosa limitazione del moto.

Le persone con disordini circolatori delle estremità dipendenti da arteriosclerosi o da endoarterite obliterante devono avere molta cura dei loro piedi. Devono: tenere i loro piedi lontani dal freddo, non stare troppo a lungo in piedi, non camminare troppo, evitare che i piedi siano calpestati, non portare scarpe strette, non asportare i calli troppo profondamente e non adoperare cerotti per calli, lavare quotidianamente i piedi con acqua tiepida, non tagliare troppo le unghie.

Le abrasioni devono essere pulite delicatamente con alcool e protette con un piccolo pezzo di plaster. Le ulcerazioni devono essere coperte con pomate analgesiche e quelle del morbo di Raynaud e della sclerodattilia con pezzi di elastoplast poco più grande dell'ulcera. Nelle lesioni vasali organiche la più piccola lesione deve consigliare il riposo a letto. Se la lesione si estende e si manifesta la gangrena occorre fare applicazioni ripetute con alcool e tenere la parte in modo che non prema sul letto nè sia piegata dalle coperte. Eventualmente si procede all'amputazione o alla disarticolazione della parte gangrenata. Tali operazioni diventano indispensabili nei giovani diabetici con tendenza alla sepsi, quando la gangrena è massiva fin dal principio, quando è diffusa a gran parte di un dito, e quando il dolore è insopportabile.

I medicamenti e le iniezioni di vasodilatatori fanno migliorare poco o nulla le condizioni della circolazione locale. La fisioterapia

dà vantaggi transitori. Nelle arteropatie organiche giovano gli esercizi secondo il metodo di Buerger: la gamba è elevata fino ad un angolo di 60 gradi e mantenuta in questa posizione con il tallone poggiato su uno sgabello fino a che il piede diventa bianco, quindi riabbassata e tenuta pendente sul margine del letto fino a che il piede ridiventa rosso, infine è tenuto in posizione orizzontale per tre minuti; questi tre movimenti formano un esercizio che deve essere ripetuto tre volte al giorno. Notevoli vantaggi, specie nell'arterite obliterante, si possono ottenere provocando l'iperemia reattiva avvolgendo l'arto in cuffie nelle quali si provoca alternativamente un aumento e una diminuzione della pressione, rispettivamente di 60 e 30 mm. Hg.

In alcune condizioni giova ricorrere alla simpatectomia, ossia alla sezione delle vie simpatiche che provvedono le arterie di fibre vasocostrittrici. I migliori risultati si ottengono provocando tale interruzione a livello delle fibre pregangliari: per l'estremità superiore sezionando il simpatico toracico a livello del suo terzo ganglio e i filamenti che passano dal secondo al terzo ganglio del plesso brachiale; per l'estremità inferiore procedendo alla resezione del secondo, terzo e quarto ganglio lombare, o sezionando la catena lombare a livello della quarta vertebra lombare. Nell'arteriosclerosi queste operazioni non danno alcun beneficio a causa della rigidità della parete arteriosa; danno buoni risultati nel morbo di Raynaud; nell'endoarterite obliterante vanno eseguite solo quando si è dimostrato che i vasi reagiscano agli agenti vasodilatatori. I vantaggi riguardano solo il dolore al riposo, che viene eliminato o alleviato, mentre la claudicazione dolorosa rimane invariata. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

FEDELE NEGRO. *Il trattamento delle sindromi parkinsoniane post-encefalitiche con le radici di atropa belladonna.* I. T. E. R. Torino, 1938, XVII.

L'A., dopo un breve riassunto storico dell'evoluzione clinica-nosografica e anatomo-patologica del morbo di Parkinson, e mostratosi aderente al concetto della sua individualizzazione, pur se intesa come una sindrome da lesioni di natura variabile, ma localizzata in una unica sede, molto probabilmente nel *locus niger* e nei *globus pallidus* e a carattere degenerativo, illustra le ipotesi più autorevoli e attendibili sulla sua etiogenesi, toccando l'argomento, non privo di interesse, del parkinsonismo da choc emotivo, che non trova sostegno nella sua particolare esperienza.

Amplia è la trattazione della sintomatologia della malattia di Parkinson e delle sindromi parkinsoniane, basata sulla personale osservazione di circa duemila ammalati, in tutti i suoi molteplici aspetti e localizzazioni, non trascurando di ricordare e illustrare il fenomeno della troclea o ruota dentata descritto per la prima volta da Camillo Negro. È per ciò che la monografia, per quanto breve e sintetica, acquista il valore di una completa documentazione, nosografica e clinica, di una tra le sindromi, che, in epoca relativamente recente, ha vastamente e profondamente interessato il mondo medico, quello degli studiosi e dei ricercatori e quello dei pratici.

Parte emergente e direttiva del lavoro è il riassunto degli agenti terapeutici, rivolti al trattamento delle sindromi parkinsoniane e particolarmente di quella encefalitica, in cui si pone in speciale rilievo la cura a base di belladonna che fu detta bulgara, ma che in forma non empirica può dirsi italiana, alla quale l'A. apportò il suo personale, esteso contributo. Entrando nel dettaglio della cura stessa, dopo avere esposti i caratteri della pianta, botanici, chimici e fisioterapeutici, i criteri sulla tecnica della preparazione del decotto, sulla sua somministrazione e dosaggio, passa a illustrare i mezzi di terapia coadiuvante, tra i quali emergono quelli fisici, e quindi, accennando alle controindicazioni della cura, pur risconoscendo come in realtà essa sia soltanto sintomatica, ne esalta la superiorità su tutti gli altri metodi, compreso quello atropinico ad alte dosi dello Roemer.

Segue una breve appendice sulla organizzazione assistenziale dei parkinsoniani encefalitici con particolare riferimento, largamente illustrato, di un progetto di convalescenzario per encefalitici cronici, che vorremmo inteso con criteri anche più ampli, poichè abbiamo buona ragione per ritenere che sieno molti di

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

più che trecento gli ammalati di parkinsonismo encefalitico in tutta Italia, giudicati cronici e insanabili, e bisognosi della pubblica assistenza.

Comunque il progetto ha il grande merito di dare all'interessante monografia una finalità sociale e umanitaria, che la rende anche più pregevole e degna di essere largamente divulgata.

GIULIO MÒGLIE.

HENRI ROGER-YVES POURSINES. *Les méningo-neurobrucelloses.* Masson et C.ie édit., 1938. F. 45.

L'osservazione clinica degli ultimi quinquenni ha messo fuori discussione la possibilità dell'esistenza di un virus Brucellare squisitamente neurotropo: vale a dire l'esistenza di casi di brucellosi, vuoi melitococcica o da Bang, nei quali, settimane o mesi dopo l'evoluzione della malattia, compaiono manifestazioni cerebrali, midollari, radicolari: questo è un fatto noto: le brucellosi ledono il sistema nervoso in ogni sua sezione, ma il fatto capitale da ritenere per una « neurobrucellosi » è l'importanza delle localizzazioni meningee. Nel completo presente lavoro gli AA. sviluppano la clinica di tali manifestazioni brucellari.

L'opera comprende i seguenti capitoli:

Caratteri etiologici e clinici generali delle brucellosi. Localizzazioni encefalitiche. Lesione di nervi cranici. Complicazioni midollari. Radicolo-neuriti. Neuriti periferiche. Localizzazioni scheletriche paranervose, spondiliti ed osteite cranica. Le meningiti. La meningite nevrassite. Considerazioni diagnostiche, prognostiche e terapeutiche. Tentativi di sintesi anatomo cliniche.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 23 marzo 1939.

Presidente: Prof. A. PENSA.

Presentazione del Volume "Epistolario di Antonio Scarpa".

A. PENSA. — Il presidente presenta all'assemblea il volume « Epistolario di Antonio Scarpa » la cui pubblicazione è stata promossa e curata dalla Società stessa ed effettuata dal compianto socio Guido Sala. Contiene 669 lettere delle quali molte inedite che si riferiscono al periodo che intercorse fra l'anno 1772 ed il 1832.

La maggior parte di esse trattano di importantissimi problemi scientifici, prevalentemente anatomici e chirurgici, altre riguardano questioni accademiche; altre ancora argomenti artistici, con riferimento speciale alla pittura.

Di particolare interesse è la corrispondenza con grandi personalità scientifiche dell'epoca: con Alessandro Volta, con Lazzaro Spallanzani, col Cuvier, col Blumenbach, col Weber, con Bartolomeo Panizza, coi Caldani e coi Fontana e con molti altri.

Il Segretario.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 22 dicembre 1938-XVII.

Sulla non costante benignità della meningite linfocitaria.

Dott. TASSINARI GIANFRANCO. — Dopo una rapida esposizione dei dati clinici e di laboratorio della forma morbosa, l'Oratore, sulla scorta di un caso personale e di otto della letteratura, di meningite acuta linfocitaria ad esito letale, fa osservare come sarebbe opportuno togliere, nella denominazione della forma morbosa, l'espressione benigna; questo perchè la non assoluta costanza di tale carattere, rende inesatta la definizione — sia il valore assoluto — sia nel senso prognostico, che in essa è implicito.

Ricerche farmacologiche sulla apoatropina.

Prof. AIAZZI MANCINI. — L'O. ha comunicato una serie di ricerche farmacologiche sulla apoatropina che è un derivato della atropina. Come risultato di queste esperienze il prof. Aiazzi Mancini è giunto alla conclusione che è legittimo e degno di incoraggiamento il tentativo che si sta facendo di applicare l'apoatropina nella cura delle sindromi postencefalitiche.

Ulcera gastrica. Emorragia e perforazione concomitanti. Resezione, rapida guarigione.

Prof. CAVINA G. — L'O. riferisce la storia clinica di un giovane colono di 26 a. ricoverato in Ospedale per gravissima ematemesi e melena, il quale dopo una settimana presentò improvvisi sintomi di perforazione. Dopo appena due ore, resezione duodeno-gastrica secondo il metodo personale, guarigione ideale ad onta dell'estremo grado di anemia acuta. Nel pezzo asportato, grossa ulcera callosa della piccola curva con larga perforazione, oltre a tre ulceri minori. Fa notare la grande infrequenza di casi di tale genere. Le ulcere perforate di rado danno emorragie importanti, mentre quelle sanguinanti di rado si perforano.

I Segretari: Proff. L. PICCHI e A. GIANNONI.

I MAESTRI

Il nuovo Clinico Medico di Bologna.

Antonio Gasbarrini ritorna a Bologna. Il recente provvedimento ministeriale non poteva interpretare con maggior prontezza il voto dei Colleghi, dei Medici, degli Studenti, della cittadinanza. A Bologna infatti Antonio Gasbarrini trascorse otto anni, e fra i più fecondi della sua vita di scienziato e di educatore, ed in quel tempo egli seppe attirarsi tale somma di stima e di affetto, che resasi vacante la gloriosa Cattedra di Murri e di Viola nulla di più naturale che egli fosse chiamato a continuare le grandi tradizioni.



Laureato nel 1908 a Siena in modo eccezionalmente brillante, Antonio Gasbarrini frequentò negli anni successivi gli Istituti di Golgi, di Forlanini, di Bignami. Nel 1913 entrò a far parte della Scuola di Luigi Zoja e di questo illustre Maestro fu per molti anni allievo e collaboratore prezioso.

Partecipò ai concorsi per la Cattedra di Patologia Medica di Siena, Messina, Firenze, Padova e Pavia riuscendo in tutti nella terna vincitrice.

Lo stesso successo gli arrise nel concorso per la Cattedra di Clinica Medica di Pavia. Intanto nel 1924 veniva incaricato dell'insegnamento della Patologia Speciale Medica nella R. Università di Bologna. Nominato nel febbraio 1925 titolare della stessa Cattedra a Siena fu nell'ottobre successivo chiamato a Bologna come insegnante della stessa disciplina. Nell'aprile del 1931 fu con voto unanime della Facoltà chiamato alla direzione della R. Clinica Medica Generale di Bari; nell'ottobre dello stesso anno a quella di Padova, ove si trova da ormai otto anni.

La produzione scientifica del prof. Gasbarrini è molteplice.

Vanno ricordati i suoi lavori sperimentali sui sieri eterogenei e sull'emoglobinuria, insieme con molti altri nel campo della batteriologia ed immunologia; da menzionare specialmente quelli compiuti in Sardegna sulla malaria.

Nel campo della clinica citiamo i lavori sull'emoglobinuria da chinina, sull'echinococcosi e soprattutto quelli sul favismo, che formano le prime ricerche complete su tale argomento.

Uno studio originale sul « tono gastrico » ha portato a nuove vedute, non solo sotto l'aspetto clinico, ma anche nel campo della fisiopatologia dello stomaco.

Notevoli pure i lavori sull'encefalite epidemica, sul diabete, sulle pancreatiti, sull'endocardite lenta, nonchè i contributi alla semeiotica dell'apparato circolatorio, e quelli più recenti ed originali sull'azione sclerosante di liquidi iniettati nel parenchima polmonare.

I suoi lavori ammontano a 150, quelli della sua Scuola a quasi 500, e questa produzione scientifica si distingue per serietà di indirizzo scientifico e per la costante aderenza alla Clinica, che è e sarà certo sempre la più squisita caratteristica della sua opera.

E con ciò abbiamo detto quale è, a nostro avviso, il più grande e singolare merito di Antonio Gasbarrini, che è quello di riportare la Clinica alle fonti più schiette della sua tradizione italiana: cioè di una clinica che ha veramente come scopo quotidiano e supremo del suo esercizio l'ammalato: clinica che conosce ed usa ogni profondità ed ogni arditezza della scienza, ma non per una sterile soddisfazione conoscitiva, sibbene per piegarla a servire di sollievo e di rimedio per gli infermi: scienza che è palpito di umanità, arte che è amore.

Chi abbia frequentato le lezioni di questo Maestro, sempre così caratteristicamente affollate ed applaudite dai giovani, sa come ciò imprima una particolare impronta al suo insegnamento. Pur ricchissimo di dottrina e di modernità, questo si distingue per quel fare continuo riferimento al caso clinico, per la saggia misura e riserva di fronte a tutto quanto è ipotetico o poco aderente alla realtà sensibile, per il caldo accento di umanità che gli guadagna la rapida simpatia dell'uditorio. Comprendere questo carattere preminente dell'insegnamento del Gasbarrini, vuol dire comprendere anche la sua fondamentale personalità, la squisita bontà e gentilezza d'animo, la rara sua affabilità e semplicità che ben conoscono quanti hanno avuto rapporti con lui, doti che non potevano non dare questo accento umano alla sua grande dottrina. Da tale punto di vista egli ci sembra anche il più schietto tipo del clinico secondo la classica tradizione nostra, se è vero che clinico efficace, ricercato ed amato può essere non chi è freddo scienziato, ma chi alla scienza accoppia il dono divino della pietà. La Clinica, si è detto più volte, non è solo scienza ma è anche arte: arte, diciamo noi, fatta di compassione e di amore. Forse è necessario mettersi in piano di umana simpatia con l'infermo per penetrare nel segreto delle sue sofferenze, per vedere la sottile orditura del male nel profondo dei suoi visceri.

Questo felice accoppiamento di doti rare e diverse è quello che i giovani, così istintivamente sensibili ad ogni cosa vera e bella, sentono in Antonio Gasbarrini, quando accorrono in folla al suo insegnamento. Egli è circondato da una Scuola di allievi fedeli, devoti e valorosi, Scuola che è anche palestra di dottrina e di vita, vera famiglia di studiosi, al suo esempio improntata.

La Cattedra di Bologna, adorna di glorie già fulgidissime, su cui insegnarono Maestri di somma statura come Murri, Albertoni, Viola, sarà ora occupata degnamente dal nuovo Maestro, al quale rivolgiamo le più cordiali congratulazioni ed i più fervidi voti augurali.

LA DIREZIONE e REDAZIONE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA

L'origine dei geloni.

Che le alterazioni della temperatura nell'ambiente entrino a far parte delle circostanze necessarie a rendere possibili i geloni, o eritema pernio, nessun dubbio; non è invece altrettanto facile determinare quali mutazioni precise li cagionino. Il male tocca intanto solo un piccolo numero di persone; se ne accusa volgarmente la più difficile affluenza di sangue alle membra, strette da indumenti incomodi; in realtà negli ambienti caldi le arterie, certamente ipertese, hanno almeno nei primi momenti le fibre liscie contratte, conseguentemente gli spazi linfatici, assai meno forniti di mezzi muscolari ed elastici propri, si dilatano aumentando la quantità di linfa, e diminuendo la quantità del liquido circolante; nei freddi le arterie appaiono ipertese, ma in conseguenza solo della notevole e generale contrazione degli spazi linfatici, o questo dura finchè in qualche punto, data la contrazione cagionata del freddo nelle fibre liscie delle vene superficiali, aggiunto all'aumento del loro contenuto, permette abbondante fuoruscita di plasma, che secondo l'opinione comune sarebbe cagionata dall'immobilità prolungata in posizione eretta con vasocostrizione per il freddo. Tale eziologia poi male servirebbe per le mani, che molto facilmente possono essere riparate; resta a vedere se mai non sarebbe accorto accusarne piuttosto il trattenersi in luogo ben caldo nei momenti intercalari, esponendo volentieri le mani ed i piedi alla vampa del fuoco, improvvisamente a temperatura altissima, mentre la temperatura ordinaria è assai bassa, obbligando così i propri tessuti a reazioni diversissime in periodo molto breve. Il disturbo che dà origine ai geloni, dopochè si ha già subito il violento riscaldamento, non è modificato da farmaci, la cui azione influisce potentemente, per quanto in modo assai diverso, sul funzionamento dei muscoli lisci in tutto l'apparato digerente, nelle ghiandole lacrimali e sudorifere, intorno alle pupille, nella cute, come pilocarpina, atropina, ergotamina, adrenalina, efedrina. Ma nemmeno le vere e proprie congelazioni hanno sempre conseguenze irreversibili; vediamo il cuore di animali che fu congelato, passato poi a temperatura superiore, riprendere a pulsare; inoltre il freddo in generale non è così grande, molte volte anzi è assai minore di quanto può sopportare senza danno lo stesso individuo per mesi interi, senza che perciò si abbia mai uscita cospicua di linfa dai vasi in modo tale da cagionare lesione nei tessuti. È eloquente ciò che successe agli indigeni dell'estremità meridionale d'America, resistentissimi alle temperature polari del loro paese, che morirono in gran parte dopochè furono indotti a coprirsi bene ed abitare in dimore relativamente calde, i quali, seminudi, mai soffrivano di geloni; inesistenti pure fra i Tibetani, viventi sul « tetto del mondo », vestiti sempre leggerissimi, in un paese dove il freddo invernale è grande, il combustibile scarso; ovunque fra i vagabondi, che sono, dopo accolti nei ricoveri, fragilissimi alla polmonite, che mai o ben di rado li colpisce mentre dormono all'aria aperta. Se osserviamo gli ultimi momenti e i risultati dell'anatomia patologica nei casi di morte per raffreddamento, troviamo una singolare somiglianza, starei per dire una identità, con quelli per colpo di calore. Incoscienza, congestione al capo, febbre, miosi, riflessi aboliti; dopo la morte congestioni, sangue liquido, edema, piccole emorragie; microscopicamente gli stessi danni visibili al cuore, all'encefalo, ai polmoni, al fegato, ai reni, alla milza. Si osservava anche durante la guerra europea che solo su pochi uomini la temperatura ebbe conseguenze patologiche; questi pochi non corrispondevano affatto a quelli che sembravano i meno robusti. La coriza che non viene in alta montagna o nelle regioni polari, e colpisce invece appena tornati nelle città, parlerebbe d'una forma infettiva.

I geloni, come abbiamo osservato, non si presentano mai in persone che, pur vivendo in luoghi freddissimi, ed essendo anche mal nutrite, non vadano di tanto in tanto in ambienti molto più caldi. Io credo presumibile che ciò avvenga non per il fatto di soffrire il freddo, bensì in chi passa molto rapidamente, sia dal caldo al freddo, sia specialmente dal freddo al caldo. Vi sono sicuramente dei tratti nelle vie vasali nei quali il calore non fa il solito effetto colla stessa velocità che in altri, perchè le cellule e le fibre dei vasi stessi non funzionano normalmente; il motivo non è agevole a dire, perchè non v'è nulla che sia visibile, ma difficilmente si può pensare ad una causa che non sia infettiva, quando si rifletta ai frequenti geloni venuti in conseguenza appunto di malattie infettive nei bambini, che si vedono poi diminuire di anno in anno e scomparire, finchè s'avanza la vec-

chiaia, che li fa tornare negli stessi tratti di cute nei quali si vedevano nella fanciullezza, allorquando i tessuti non sono più capaci di rimediare alla rapida usura prodotta dal normale consumo, cui si aggiunge la presumibile vita di parassiti nelle cellule. Certamente questi ultimi sono, almeno ora, ultramicroscopici, ma tali potrebbero essere diventati dopo lunghissima dimora in un ambiente tanto ridotto, e questo si può supporre con tanta maggiore verosimiglianza, in quanto la maggior parte degli esseri, da cui proverrebbero, sono composti, per quanto almeno si può vedere, non di parti essenzialmente diverse nel senso della lunghezza, ma che ripetono molte volte la stessa formazione. Sappiamo inoltre che chi soffre i geloni ha facilmente linfatismo, diatesi essudativa, diatesi artritica, che danno origine, accompagnano o molto più spesso seguono altre malattie, venute nei primi anni, e nelle quali vi è pure la parentesi dell'età media. Infine è noto che spesse volte una malattia febbrile fa scomparire, o per qualche tempo o per sempre, il disturbo, specialmente se l'elevamento della febbre è improvviso o rapido; può darsi che essa, per l'aumento di temperatura, abbia fatti aprire dei pori cellulari, dai quali sono sfuggiti dei microorganismi piccolissimi, ma è anche possibile che abbia fatto aumentare il bicarbonato e l'ipofosfito di calcio, di cui, sia pure in minima dose, quella differenza di temperatura favorisce la solubilità; questi sono poi precipitati come carbonato o fosfato abbassandosi la temperatura, accludendo almeno in parte i suddetti microrganismi in calcificazioni ultramicroscopiche e diminuendone così l'azione dannosa; ma come a me pare chiaro, è poco probabile che tale precipitazione sia tanto abbondante, da raggiungere o meno ancora superare la diminuzione avuta per l'uscita dei microrganismi dai pori cellulari.

Pergine (Trento). DOTT. RAFFAELE BERNARDI.

CASISTICA E TERAPIA.

La sindrome di Sjögren come ipoavitaminosi A.

W. Sthael (*Klin. Wschr.*, 26 novembre 1938) descrive un caso di sindrome di Sjögren nel quale le alterazioni cutanee e le modificazioni dell'equilibrio minerale consentono di considerare la malattia come determinata da una carenza in vitamina A. L'A. sostiene e discute questa tesi considerando che la malattia può insorgere in qualunque soggetto che si trovi per un periodo più o meno lungo a regime carenzato in vit. A. Altro elemento favorevole a questo presupposto dell'A. è dato dal successo ottenuto somministrando dosi massive di vit. A.

L. TRAVIA.

Aneurisma dell'aorta addominale simulante una affezione annessiale.

P. Spanio (*Clinica Ostetrica e ginecologica*, gennaio 1939) riferisce un caso riguardante una donna la quale, quattro anni dopo aver sofferto di un processo flogistico pelviperitonitico, cominciò ad avvertire dolori vaghi e a carattere gravativo alla fossa iliaca destra che si presentava dolente alla palpazione. Fu posta la diagnosi di postumi di annessite e, all'intervento operatorio, si riscontrarono tenaci aderenze periannessiali che furono scollate: fu eseguita anche salpingectomia ed ovaropessi a destra, stomatoplastica della tuba a sinistra.

Tre mesi dopo l'intervento la p. soffrì nuovamente di dolori lancinanti alla fossa iliaca destra, per cui fu nuovamente operata: furono asportati l'annesso di sinistra e l'appendice la quale era ispessita e sede di una spiccata inginocchiatura. I dolori persistettero e dopo qualche giorno la p., nel compiere uno sforzo, veniva a morte coi segni di una gravissima emorragia interna. Intanto il marito della p., che prima aveva negato ogni affezione venerea, confessava di essere affetto da sifilide e di aver tenuto all'oscuro della cosa la moglie.

L'autopsia dimostrò una grave aortite luetica e la presenza di un enorme aneurisma sacciforme dell'aorta addominale il quale era arrivato ad usurare la XII vertebra dorsale e la I lombare con messa allo scoperto del midollo spinale.

La presenza della sintomatologia annessiale aveva reso di grande difficoltà la diagnosi esatta, che avrebbe potuto essere posta solo con gli esami radiografici; d'altra parte tale annessite, confermata anche al tavolo operatorio, aveva fatto astenere il medico dal praticare la R. Wassermann.

L'A. discute anche l'influenza che le due operazioni possono aver esplicato sull'evoluzione dell'aneurisma concludendo che, in ogni caso, la prognosi non avrebbe potuto mai essere diversa.

F. TOSTI.

Cisti epatica da echinococco aperta nelle vie biliari. (Contributo clinico).

A. Amato (*Archivio italiano di Chirurgia*, n. 1, 1938) narra un caso clinico di un trentatreenne che sulla base dei dati anamnestici e obiettivi presentava coliche epatiche, ittero, febbre alta che negli ultimi giorni aveva assunto carattere settico piemico, prurito, feci scolorate e dolore in sede colecistica. L'intervento fu diretto, mancando gli elementi che potessero indirizzare verso la presenza di una cisti idatidea, alla rimozione dell'ostacolo (calcolo?) che occludeva la via biliare principale. Si trovò il coledoco disteso e aumentato di volume e da una incisione praticata fuoriuscirono cisti commiste a membrane che zaffavano completamente il dotto. Svuotato il coledoco

dalle formazioni che lo tappavano, dietro ad esse comparve pus in quantità con vescicole. Drenato il coledoco e la loggia sottoepatica, dopo due mesi venne rimosso il drenaggio e a otto mesi di distanza il malato era completamente rimesso.

Si trattava quindi di coliche e di ittero dovuti ad occlusione della via biliare principale, da rottura della cisti idatidea nell'epatico con invasione del coledoco. Complicazione rara: 200 casi in tutta la letteratura. Per quello che riguarda la terapia il metodo che ricorre più di frequente è quello della coledocotomia associata alla marsupializzazione della cisti. Nel caso in esame la sola coledocotomia fu sufficiente a drenare la cavità cistica e portare a guarigione il malato col mezzo più semplice.

G. Bendandi.

La cura della polmonite pneumococcica con sulfopiridina.

Dopo aver riassunto la breve letteratura sull'argomento H. F. Filippi, F. S. Lockwood, D. Sergeant Pepper e L. Schwartz (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 11 febbraio 1939) riferiscono quanto essi hanno osservato in 100 casi di polmonite pneumococcica da essi trattati con sulfopiridina. La dose iniziale è stata di 2 gr. seguita poi da 1 gr. ogni 14 ore fino a raggiungere un totale di 25 gr. Nei casi in cui la terapia si inizia al V giorno di malattia essi consigliano di non superare i 15 gr.

Ci furono quattro casi di morte, di cui tre di polmonite da pneumococco tipo III. Essi videro sempre cadere la temperatura in 24 ore, e, anche senza modificazioni del reperto semeiologico polmonare, a questa caduta della temperatura corrispondeva un miglioramento dello stato generale. Gli AA. confessano di non essere in grado di dire se il processo pneumonico sia stato facilitato o no nella guarigione dalla caduta della febbre, che essi attribuiscono al potere antitossico del medicamento.

Nei 100 casi esaminati non ci fu nessun empiema; però un empiema hanno avuto gli AA. in un caso curato colla sulfopiridina posteriormente alla redazione del presente lavoro. Osservarono anche tre casi di flebite, tutti e tre con esito in guarigione.

La sulfopiridina ha provocato spesso nausea e vomito e diminuzione del numero delle emazie e riduzione del tasso emoglobinico.

La concentrazione del medicamento nel sangue è stata varia secondo i vari malati, ma non c'è stato un rapporto fra le concentrazioni alte e la guarigione della malattia.

L.

MEDICINA SCIENTIFICA

Contributo sperimentale allo studio dei rapporti tra epilessia e cardiopatie.

C. Baldacci (*Atti e mem. soc. lomb. di medicina*, vol. V, n. 7, 1938) studia dal lato sperimentale eventuali rapporti tra epilessia e lesioni cardiache. I dati su cui basa la sua ricerca sono quelli finora ottenuti da Calabresi, Boschetti e Raggi dimostranti in 204 casi di epilessia umana nessuna alterazione elettrocardiografica e quelli, in apparenza opposti, di Neuburger il quale in uno studio anatomo patologico della questione riscontrò segni di costanti alterazioni degenerative, emorragiche e cicatriziali negli individui epilettici. Dall'A. vennero, mediante la tecnica proposta dall'Amantea, prodotti in 4 cani dei tipici accessi di epilessia assai simili a quelli dell'uomo. Tali animali furono seguiti con sistematiche prese di tracciati elettrocardiografici e, morti in stato epilettico, venne compiuto uno studio macro e microscopico del cuore e del rene.

I risultati furono i seguenti:

1) nessuna modificazione elettrocardiografica fu possibile mettere in evidenza;

2) Si osservarono invece delle lesioni macro e sopratutto microscopiche a carico del miocardio;

3) tali alterazioni sono da mettersi in relazione a disturbi dell'erogazione coronarica, di tipo spastico.

Fattori relativi all'evoluzione della malattia ed alla sede delle lesioni stanno a spiegazione della discordanza fra rilievi elettrocardiografici ed anatomopatologici.

A. Bauce.

VARIA

La misura della pressione arteriosa da parte dei farmacisti.

In molte farmacie di Parigi si vede la scritta « Prise de tension arterielle; 5 francs ». Anche nel Belgio, la pratica si va diffondendo e J. Bartholomé (*Le Scalpel*, 28 gennaio 1939) ne ha annoverate 6 a Bruxelles, 2 a Liège e varie a Gand. Nella sua qualità di ispettore di farmacia, egli ha proibito tale pratica, osservando che la presa di pressione è un'operazione che va eseguita unicamente dal medico, mentre per il farmacista costituisce un esercizio illegale della medicina. È bensì vero che nel raccomandare tale pratica, i farmacisti si rivolgono al pubblico con un avviso di questo genere: « Ipertesi, ipotesi, fatevi prendere la pressione e consultate il vostro medico ». Ma per chi conosca anche solo superficialmente la psicologia umana, è evidente che il paziente finisce poi col prendere la cifra della pressione come assoluta e « curarsi » in conseguenza, seguendo spesso i non disinteressati consigli del farmacista.

La tesi sostenuta da Bartholomé, dell'illegalità di tale pratica, non è forse sostenibile; quello che è certo si è che tale pratica va sconsigliata nell'interesse stesso dei malati, spesso ossessionati dall'idea della loro pressione, che meriterebbe un nuovo Molière per metterne in valore il lato ridicolo in un nuovo « malata immaginario ».

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Confederazione fascista dei professionisti

Presieduta dal presidente confederale, si è riunita la Giunta della Confederazione fascista dei professionisti e degli artisti con l'intervento di tutti i componenti e del vice-segretario dei G.U.F.

Ad unanimità, la Giunta ha deliberato di non proporre, nè attuare alcun aumento nelle tariffe in vigore per le prestazioni professionali, così da contribuire alla stabilità dei prezzi e dell'attuale livello dei costi.

Il presidente confederale ha riferito sugli adeguamenti salariali disposti per i dipendenti dagli studi professionali, per i farmacisti collaboratori, ecc. Sono stati discussi anche altri argomenti.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ANCONA. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso per titoli scientifici e pratici, al posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale. Periodo di prova anni due. Stipendio annuo lire 16.000, suscettibile di 5 aumenti quadriennali di un decimo, computato, per la maturazione del primo aumento, il periodo di prova. Indennità di servizio attivo L. 2720. Indennità caro viveri, se dovuta, come per gli altri dipendenti della Provincia. Uso dell'alloggio con illuminazione, acqua e riscaldamento. Stipendio e indennità sono soggetti alle riduzioni, agli aumenti e trattenute di legge. Alla domanda allegare descritti in duplice elenco firmato dal concorrente, su carta libera i prescritti documenti. Unire diploma originale o in copia, della laurea e di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, più un documento comprovante aver prestato servizio per non meno di 4 anni in Manicomi o Cliniche Psichiatriche. Età massima anni 35 al 10 marzo 1939. Scadenza ore diciotto del 9 maggio 1939. Per ulteriori delucidazioni complementari rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia in Ancona.

CHIETI. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — È aperto pubblico concorso, per titoli ed esami, a due posti di Medico Direttore per le Sezioni dispensariali di Igiene sociale di Istonio ed Atessa. Detti posti sono retribuiti con l'annuo stipendio di L. 7200, suscettibile di quattro aumenti quinquennali del decimo, al lordo delle ritenute, delle riduzioni e degli aumenti, in conformità delle disposizioni legislative in vigore. Per servizi fuori residenza, sarà corrisposta l'indennità di missione prevista nel regolamento. Obbligo di servizio per non meno di due ore al giorno e per almeno 3 giorni della settimana, compresa la domenica. È consentito il libero esercizio medico-chirurgico in luogo ed in ore estranee a quelle di ufficio. Età non superiore agli anni 40 alla data del 16 marzo 1939, salvo eccezioni di legge in vigore. Le domande in carta da bollo di L. 4, insieme ai documenti prescritti nel bando di concorso che reca anche le modalità e le altre formalità dei medesimi e che la Segreteria invia a richiesta, debbono pervenire alla Segreteria del Consorzio antitubercolare di Chieti. Palazzo della Provincia, non oltre le ore dodici del 23 maggio 1939.

FORLÌ. *Ospedale e Orfanotrofi Raggruppati.* — Fino al 29 aprile 1939, ore dodici, è aperto il concorso per titoli ed esami ai posti di aiuto medico, aiuto chirurgo, assistente medico, assistente chirurgo, presso l'Ospedale « G. B. Morgagni » ora con posti letto 300 da portarsi quanto prima a 600.

Stipendio L. 4000 e 3000 annue rispettivamente con riduzioni, aumenti e ritenute di legge, oltre compartecipazione sugli onorari nella misura che verrà fissata dall'amministrazione (attualmente è di circa L. 2000 mensili per gli aiuti e L. 1000 per gli assistenti).

Saranno inoltre assunti, come avventizi, 2 assistenti di medicina ed 1 di chirurgia scelti in ordine di graduatoria dopo i primi eletti e ciò in attesa della riforma dell'organico.

Per altri chiarimenti rivolgersi alla segreteria dell'Ospedale.

ROMA. *Istituto Provinciale per l'Assistenza all'Infanzia.* — Ispettore medico centrale; stip. lire 11.200; indenn. serv. att. L. 2240; 4 quadrienni dec.; indennità annua L. 1500. Sono escluse le donne. Età limite 35 anni al 10 marzo. Scad. ore 12 del 20 giugno. Domande e documenti al Preside della Provincia. Per copie del bando e per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, via IV novembre 119-A (Palazzo Provinciale).

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Primario della Divisione Pediatrica (Ospedale Umberto I); età limite 45 a.; titoli ed esami; assegno annuo L. 6000. Scad. ore 17 del 12 giugno. Richiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria degli Ospedali.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Primario oculista; titoli ed esami; L. 5000 e partecipaz. Scad. ore 18 del 4 maggio. Età limite 45 anni. Chiedere annunzio all'Amministrazione.

RR. Prefetture.

Sono indetti i seguenti concorsi:

A) per condotte mediche nelle province di:

- Aosta, 8 posti; scad. 22 aprile;
- Belluno, 3 posti; scad. 15 aprile;
- Benevento, 5 posti; scad. 15 maggio, ore 12;
- Bengasi, 6 posti; scad. 22 aprile.
- Bolzano, 4 posti; scadenza 30 aprile, ore 18;
- Carnaro (del), 3 posti; scad. 30 aprile;
- Messina, 3 posti; scad. 30 aprile;
- Palermo, 14 posti (2 nel capol.); scad. 31 maggio, ore 19;
- Perugia, 15 posti; scad. 30 aprile, ore 16;
- Pescara, 2 posti; scad. 30 aprile;
- Salerno, 13 posti (2 nel capol.); scad. 30 maggio, ore 12;
- Taranto, 4 posti (1 nel capol.); scad. 30 aprile, ore 12.
- Terni, 11 posti; scad. 31 maggio;

B) per i Laboratori provinciali d'igiene e profilassi (Sezione medico-micrografica):

- Foggia, assistente; scad. 30 aprile, ore 18;
- Imperia, coadiutore; scad. 30 maggio, ore 12;
- Parma, direttore e coadiutore; scad. a tutto il 30 aprile;
- Pistoia, coadiutore; scad. 30 aprile;
- Taranto, assistente; scad. 30 aprile, ore 12.

C) per ufficiale sanitario e medico capo dell'Ufficio d'igiene di:

Carnaro (del), pel consorzio Abbazia-Laurana-Moschiena; scad. 31 maggio.

D) per i Dispensari antivenerei:

Alessandria, dirigente sanitario del Dispens. municipale di Casale Monferrato; scad. 30 aprile, ore 18.

E) negli Istituti Provinciali per l'Assistenza all'Infanzia illegittima:

Asti, direttore sanitario (stip. L. 10.000, 3 trienni dec., indenn. serv. att. L. 2000); scad. 24 aprile, ore 12; sono escluse le donne.

Per i bandi di concorso, schiarimenti ed altre informazioni rivolgersi alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

Consorzi provinciali antitubercolari.

Fiume, direttore del Consorzio; stip. L. 19.000, 4 aumenti dec., indenn. serv. att. L. 5400, indennità funzioni L. 2500. Scad. 20 aprile, ore 18. Segreteria dell'Amministraz.: palazzo della Provincia, via Carducci 21;

Per altri schiarimenti ed informazioni rivolgersi alle rispettive Segreterie.

Federazione delle Casse Mutue di malattia per i lavoratori dell'Industria.

Pesaro: capo del servizio sanitario dell'Ufficio prov. fascista; L. 15.000 e tredicesima mensilità; scad. 60° giorno dal 10 febbraio.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Alle due cattedre di clinica medica e di clinica chirurgica dell'Università di Padova, rese vacanti per i trasferimenti dei proff. Antonio Gasbarrini e Gian Maria Fasiani rispettivamente a Bologna ed a Milano, sono stati trasferiti i proff. Pio Bastai, titolare della cattedra di patologia medica e metodologia clinica a Firenze, e Galeno Ceccarelli, titolare della cattedra di clinica chirurgica a Perugia.

Il Consiglio di presidenza della Società italiana del progresso delle scienze ha conferito ultimamente 15 « Premi Littorio » di lire 1000 ciascuno ad altrettanti lavori presentati alla Società in occasione della 27ª riunione sociale tenuta a Bologna nel settembre dell'anno XVI.

Tra i lavori premiati sono quelli del dott. Guglielmo De Lucchi su « La profilassi della lussazione congenita dell'anca e di malattie articolari dipendenti da displasia congenita » e delle dottoresse Jole Pastore e Alda Marescа su « Ricerche sulle variazioni delle dimensioni e proporzioni del corpo e sulla data di eruzione dei denti permanenti in bambine romane nel periodo della seconda infanzia ».

Il prof. Pablo Busse Grawitz, dell'Università di Córdoba (Argentina), cultore di gastro-enterologia, è nominato professore onorario dell'Università di Berlino.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso internazionale d'idrologia medica.

La Società internazionale d'idrologia medica terrà la sua riunione annuale dal 14 al 19 ottobre in Italia: a Firenze, a Montecatini Terme, a Salsomaggiore ed a Viareggio. Temi in discussione: 1° « Studi fisico-chimici sul sudore in seguito alla terapia coi peloidi », relatori S. Pisani e collaboratore (Italia), W. Zörkendörfer (Germania); 2° « Cure termali e diabete », relatori: M. Messini (Italia), Bouzard, De Fossey, Ferroyralles e collaboratori (Francia); 3° « L'azione dei raggi attinici sulla pelle dei bambini », relatori G. Frontali (Italia) e da designare (Svizzera). Le discussioni sono aperte a tutti i soci, senza versamento di quote; i non soci pagano 10 scellini (gli studenti in medicina la metà). Per prendere parte alle escursioni, ai festeggiamenti e ricevere i buoni per i viaggi e gli alberghi, quota di 10 scellini. Ad ogni socio spetta di diritto l'iscrizione gratuita di una signora; i non soci pagano 10 scellini per le loro signore. Per l'Italia, alla somma di 10 scellini corrispondono 50 lire.

Segreteria generale della società (I. S. I. M. H.): 109 Kingsway, London W. C. 2. Gl'italiani indirizzeranno le adesioni al sig. A. Gulianetti, Montecatini Terme (Direzione Terme).

1° Congresso Nazionale per la valorizzazione del patrimonio idrominerale nel piano autarchico della Nazione.

Il 23 aprile alla presenza delle alte gerarchie politiche e corporative, sarà inaugurato nel Salone dell'Autarchia della Mostra del minerale italiano in Roma, il 1° Congresso nazionale per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano.

Il programma del Congresso è pubblicato per esteso nel numero del 1° aprile della rivista « Le Forze Sanitarie ».

Fra i relatori figurano nomi illustri di clinici e idrologi italiani i quali illustreranno al Congresso la grande importanza del nostro patrimonio idrominerale e i benefici effetti delle multiformi appplicazioni terapeutiche che da esso possono derivare.

Il Congresso avrà carattere di raduno nazionale sindacale, poichè ad esso interverranno tutti i Segretari e tutti i componenti dei Direttori dei Sindacati provinciali dei medici. Al Congresso seguirà poi una seduta sindacale presieduta dal Commissario Ministeriale sen. Bastianelli.

A questa manifestazione a finalità scientifica-autarchica sono invitati tutti i medici italiani verso i quali il Sindacato nazionale svolge la propria opera di propaganda culturale e pratica che sarà effettuata — quest'ultima — mediante viaggi collettivi di istruzione e di visite alle principali stazioni idrominerali.

Presso la Segreteria del Congresso saranno ricevute le prenotazioni per il primo viaggio collettivo nazionale.

Anche durante il Congresso sarà gratuitamente distribuito a tutti i medici intervenuti un « vademecum » pubblicato a cura del Sindacato che illustra dal punto di vista organizzativo, sanitario, turistico, le stazioni idrominerali italiane.

Altri congressi e convegni.

Il secondo congresso dell'Associazione internazionale di cosmobiologia è indetto a Roma, nel

1940, sotto la presidenza del prof. G. Sabatini, clinico medico di Genova. Un'assemblea preparatoria è annunziata dal 9 al 12 aprile in Mentone e San Remo. Rivolgersi al segretario generale del Congresso, dott. M. Faure, rue Verdi 24, Nizza.

L'Associazione internazionale per la profilassi della Cecità ha indetto un'assemblea generale per il 19 aprile a Londra, in occasione del Congresso della Società oftalmologica del Regno Unito. Verrà discusso il tema: « Applicazione del metodo di Crédé per la profilassi dell'oftalmia purulenta dei neonati nei diversi Paesi »; per l'Italia sarà relatore il prof. Maggiore. Per qualsiasi informazione rivolgersi alla segreteria: boulev. St.-Michel 66, Paris 6e.

Il 12° Convegno annuale regionale della Sezione Lombarda della Federazione Italiana Naz. Fasc. Antitubercolare avrà luogo a Cremona il 2 luglio. Tema clinico: « Cura dell'empiema nel corso della T. P. »; relatore: prof. Angelo Castelli (Milano). Tema sociale: « Dispensari e profilassi antitubercolare dell'infanzia »; relatori: dott. G. Fumagalli, direttore del C. P. A. di Bergamo, dott. A. Bareggi, direttore del C. P. A. di Varese e dott. E. Morandi di Cremona.

Il programma dettagliato verrà comunicato a suo tempo. Sede della segreteria: conca del Naviglio 45, Milano.

Il Consiglio delle Ricerche per le applicazioni della psicologia sperimentale.

È stata istituita, in seno al Consiglio Nazionale delle Ricerche, la Commissione permanente per le applicazioni della psicologia.

La Commissione ha il fine di coordinare, unificare e dirigere ricerche sistematiche e dare direttive e pareri in ordine al fattore umano nei seguenti campi di studio e di applicazione: *a*) educazione ed istruzione scolastica; *b*) orientazione professionale; *c*) difesa del « fattore umano » nell'industria e nell'agricoltura; *d*) orientazione dei minorati e dei disoccupati; *e*) selezione ed orientazione degli impiegati del commercio; *f*) selezione ed orientazione degli elementi direttivi delle organizzazioni industriali e commerciali; *g*) metodi scientifici per rendere efficace la « réclame »; *h*) selezione ed orientazione del personale aeronautico specialmente di quello navigante; *i*) selezione ed orientazione degli ufficiali dell'Esercito e della Marina; *l*) problemi della circolazione stradale e delle segnalazioni stradali.

A presiedere la Commissione è stato chiamato il padre prof. Agostino Gemelli, magnifico rettore dell'Università Cattolica di Milano, di cui è noto in Italia e all'estero l'alto impulso creatore e organizzatore dato non soltanto agli studi e alle ricerche scientifiche, ma altresì alla soluzione dei fondamentali problemi della psicologia sperimentale.

La "giornata medica" della Fiera di Milano.

Anche quest'anno si avrà la « Giornata medica della Fiera di Milano » e ne sarà in tempo utile reso noto il programma, il quale riuscirà particolarmente interessante per il fatto che la Fiera comprende quest'anno la « Mostra autarchica della chimica farmaceutica », che ha anche per i medici una singolare attrattiva.

S. E. il prof. Petragnani, direttore della Sanità Pubblica, nel dare la propria autorevole adesione alla organizzazione di questa Mostra autarchica, ha fissato i criteri direttivi per conferire alla manifestazione il più alto carattere nazionale.

Da una apposita Commissione presieduta dall'on. Tarchi, sarà indetto un « Convegno Intercorporativo » nel quale verrà trattato il tema generale: « L'industria farmaceutica italiana e la difesa della razza ».

Nello svolgimento di tale Convegno saranno inoltre trattati argomenti specifici di ordine profilattico e terapeutico in rapporto alla produzione autarchica, che serviranno a dimostrare anche gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti per la difesa e la cura di malattie a carattere sociale che incidono particolarmente sulla economia della Nazione.

Presi accordi col Sindacato provinciale fascista dei medici di Milano, il prof. P. Piccinini, Commissario dell'Ente Autonomo « Fiera di Milano », organizzerà come negli anni scorsi la « Giornata Medica » di questo anno, alla quale sono invitati tutti i medici d'Italia e la cui data, che sarà notificata al più presto, coinciderà con quella del Convegno intercorporativo.

A queste iniziative ha dato piena adesione il senatore R. Bastianelli per il Sindacato nazionale fascista dei medici.

I medici che intendano partecipare alla « Giornata medica » possono inviare la loro adesione (anche con semplice biglietto segnandovi « giornata medica ») al Sindacato provinciale fascista dei medici, piazza Duomo 20, Milano, oppure all'Ufficio stampa medica italiana, via Vallazze n. 39, Milano.

Per un sostituto dell'insulina.

Il Ministero degli Interni bandisce un concorso fra studiosi e tecnici italiani per la ricerca di sostanze chimiche e biologiche, di produzione nazionale, atte a sostituire in tutto o in parte l'insulina nella terapia umana. Entro il 31 dicembre 1939 dovranno pervenire gli studi scientifici, prove cliniche o di laboratorio, e un sufficiente quantitativo della sostanza trovata per i controlli del caso e il giudizio dell'apposita Commissione. Verrà assegnato un premio di lire 30.000 al migliore ritrovato.

Azioni giudiziarie.

In una casa francese di salute, detta « Chateau de l'Hay-les Roses », era stata ricoverata una malata, signorina Forget, con disturbi mentali intermittenti; per impedire che ella commettesse tentativi di suicidio venne pattuita una sorveglianza rigorosa, ed a tale scopo veniva corrisposto un sopraprezzo di 50 franchi il giorno. Una infermiera era addetta alla sorveglianza. Il 18 nov. 1936 la paziente andò nella ritirata e, profittando del proprio isolamento, si alzò fino alla vasistas, riuscì ad attraversarne il vano e si precipitò all'esterno; rimase ferita molto gravemente. Ne seguì un processo, svoltosi al Tribunale di Commercio della Senna, contro il proprietario della casa di salute, dott. Maillard e, per lui, contro la compagnia di assicurazione « La Prévoyance ». Un perito nominato dal Tribunale riconobbe una invalidità temporanea del 100 %; per pronunziarsi definitivamente, egli stimò necessaria un'attesa

fino ai primi mesi del 1941. Il Tribunale attribuì al Maillard una duplice responsabilità: negligenza colposa e mancanza contrattuale; pronunziò condanna a 149.600 franchi d'indennizzo. In giudizio d'appello il Maillard è stato assolto dall'imputazione di colpa — sia per imprudenza che per errore — non essendo prevedibile l'atto insano compiuto dalla paziente durante la dimora nella ritirata; la Corte ha però ammesso che l'obbligo contratto non è stato rigorosamente eseguito, ed a tale titolo, ha pronunziato condanna a 133.615 franchi, fatta riserva di un indennizzo supplementare, allorchè sarà spirato il periodo previsto dal perito e verrà compiuto un ulteriore esame.

A Auxerre (Francia) il chirurgo-dentista Roger Desbroses, di 43 anni, è stato condannato ad un mese di prigionia, condizionalmente, ed a 300 franchi di ammenda, per uso di stupefacenti; una sua amica, ballerina, 21enne, cui egli dava la droga, è stata condannata a 8 giorni di prigione e 100 franchi d'ammenda; il fornitore, dottore in scienze, direttore di un laboratorio farmaceutico a Parigi, è stato condannato a 15 mesi di prigione, 5 anni di sospensione dall'esercizio professionale e 3000 franchi d'ammenda, pena ridotta in appello a 8 mesi di prigione e 1500 franchi d'ammenda.

Un po' dovunque.

Nel fascicolo scorso tra i nuovi consiglieri nazionali medici abbiamo inavvertitamente omesso uno dei nomi più simpaticamente noti nella nostra classe: quello di Cesare Serono, che è un rappresentante della Corporazione della chimica.

La Regina Imperatrice ha visitato in Roma l'Istituto provinciale per lo studio e la cura degli encefalitici; era accompagnata dalla signora Scholtz Klink, che è a capo delle donne tedesche.

La Principessa di Piemonte ha visitato, a Napoli, il 22 marzo, i lavori in corso per la costruzione del grandioso ospedale civile dello Scudillo; si è interessata al costruendo padiglione della Scuola-Convitto della Croce Rossa Italiana.

Il Duce ha ricevuto il prof. Salvatore Citelli, dell'Università di Catania, il quale gli ha fatto omaggio delle sue pubblicazioni di carattere medico-scientifico e gli ha comunicato che in occasione della Esposizione mondiale di Roma creerà una fondazione perpetua con un premio biennale di 200.000 lire da assegnare all'opera di medicina e chirurgia più importante e di utile pubblico nel mondo durante il biennio.

In una recente riunione del Centro di studi talassologici per la riviera romagnola, con sede in Rimini, venne trattato il tema: « Coltivazione e rimboschimento degli arenili agli effetti di una razionale talassoterapia », prendendo atto del primo concorso a premi bandito, su proposta del prof. P. Piccinini, per coloro che praticamente si occuperanno di coltivare e rimboschire le zone costiere. Il prof. P. Piccinini, che presiedeva la seduta, ha fatto presente la parte della « Fondazione Elide Piccinini Stramezzi » destinata a premi per lavori talassologici ed ha esposto le linee generali di un prossimo fascicolo di « Acta Medica Italica » che sarà dedicato alla « Talassologia in Italia ».

Il prof. Petragnani, direttore generale della Sanità pubblica, ha tenuto una radioconversazione su « L'alta importanza dell'infermiera diplomata e dell'assistente sanitaria visitatrice ».

Il prof. Opocher ha tenuto a Treviso, nella sede della scuola di cultura cattolica, una conferenza su « Una conversione poco nota: l'anatomico Nicola Stenone ».

La Segreteria della Società Napoletana di Chirurgia si è trasferita presso la R. Clinica Chirurgica (Policlinico alla Sapienza).

Il 15 marzo è stato solennemente celebrato a Parigi il cinquantenario dell'Istituto Pasteur. La cerimonia si è svolta nella sede dell'Istituto, con l'intervento del Presidente della Repubblica, Albert Lebrun, del ministro della sanità pubblica, Marc Rucart e di altre autorità; hanno tenuto discorsi commemorativi Louis Martin, Pasteur Vallery-Radot e Gaston Ramon. Era presente il sen. Giuseppe Sanarelli, oggi uno dei pochi allievi di Pasteur.

È stato costituito il Consiglio nazionale dell'educazione, delle scienze e delle arti; esso comprende 6 Sezioni, di cui una per l'istruzione superiore.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 13 gennaio, sotto la presidenza del prof. C. Ravasini, assistito dal segretario dott. G. Robba. È stata fatta una relazione da P. Marchovich sul tema: « Reumatismo e artritismo ».

La Società di Scienze mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 26 gennaio e il 24 febbraio, sotto la presidenza del prof. Coletti. Sono state fatte comunicazioni: nella prima seduta dai soci Opocher, Baroni, Fabris, Federzoli, Dalla Zentil; nella seconda seduta dai soci Bortolozzi, De Gironcoli.

La Società di cultura medica di Cuneo (del Sindacato provinciale fascista) si è adunata il 26 gennaio e il 23 febbraio, sotto la presidenza del prof. A. M. Bonanno. Nella prima seduta sono state fatte comunicazioni dai soci: Barchi, G. Croce, V. Marchisio, Bonanno; nella seconda seduta dai soci: Zuccola, Mantelli e Comino, Cattaneo, Gori, Scagliosi.

Per assistere i bambini della popolazione di minatori di Carbonia, è stato organizzato un reparto odontoiatrico permanente dall'Istituto Superiore di odontoiatria di Roma. Hanno presenziato l'avviamento del servizio il prefetto della Provincia, il direttore dell'Istituto, i dirigenti delle miniere e moltissimi minatori.

Per commemorare il regno di Alberto I del Belgio, si è stabilito di fondare a Bruxelles una grandiosa « Biblioteca Albertina ». In Inghilterra i sottoscrittori sono stati numerosi; le firme, raccolte in un album rilegato, sono state presentate dall'ambasciatore del Belgio, barone De Cartier de Marscienne, all'on. Chamberlain, il quale ha espresso il desiderio che la somma raccolta sia devoluta all'acquisto di libri inglesi di medicina. In omaggio a tale desiderio, si costituirà una sezione intitolata « Fondo Chamberlain ».

I medici tedeschi residenti in Romania, i quali sono in numero di circa trecento, hanno chiesto di essere riconosciuti dal Governo romeno. Questo ha espresso l'intendimento di accordare loro la facoltà di esercizio, previo esame.

L'Accademia di medicina di Parigi ha discusso il problema dei rifugiati spagnoli nei riguardi sanitari.

Ricordiamo che il 14° viaggio della « Société Médicale du Littoral Méditerranéen », si terrà l'8 ed il 9 aprile, lungo la Riviera italiana e la Costa azzurra francese; si faranno anche facoltativamente un'escursione sulle Alpi, con partenza da Nizza il 15 aprile, e un viaggio in Corsica, con partenze da Nizza il 4 e il 16 aprile. Chiedere programmi all' « Office Climatique » della Società predetta, rue Verdi 24, Nizza.

In occasione dell'Esposizione di New York « Bruxelles-Médical » organizza un viaggio accompagnato nell'America del Nord, dal 29 agosto al 30 settembre, da e per Le Havre; prezzo unitario dollari 747 (circa lire it. 14.200) complessivamente. Rivolgersi a: Section des Voyages de Bruxelles-Médical, boulevard Adolphe Max 29, Bruxelles, Belgio.

Alla « Mostra del Minerale » il 14 marzo si è tenuto un « pomeriggio di propaganda » per le acque minerali.

In una Clinica di Varsavia cinque anni or sono una donna ariana ed una ebrea davano alla luce, quasi contemporaneamente, una bambina ciascuna; ora la ariana ha creduto di scorgere, nella ragazza attribuitale come figlia, il tipo semitico; rintracciata la figlia dell'ebrea, ha creduto di riconoscere in essa la sua vera figlia. Si è querelata contro la Clinica per un presunto scambio di neonate. Si è stabilito di procedere alla prova del sangue (le cui possibilità di applicazione sono, notoriamente, limitate).

I dirigenti della Facoltà di medicina di Stoccolma, impressionati per i frequenti inconvenienti verificatisi negli ultimi tempi durante le operazioni chirurgiche a causa della narcosi imprudentemente somministrata, e che hanno provocato anche la morte dei pazienti, ha deciso di formare negli ospedali una categoria di medici specialisti incaricati soltanto dell'impiego dei narcotici.

L'industriale genovese Vittorio Lo Faro ha legato alla R. Università di Genova due milioni di lire per una « Fondazione Vittorio Lo Faro »; il legato è preceduto dalla premessa: « memore delle grandi difficoltà che si riscontrano nei primi passi della propria attività voglio che una larga parte del mio patrimonio giovi a spianare il cammino a chi se ne mostri degno ». Ha legato inoltre alle Opere Assistenziali di Genova 600 mila lire, all'Ospedale civico San Martino 250 mila lire, alle Opere assistenziali di Milano 100 mila lire, ad altre Opere assistenziali 50 mila lire.

In Francia è stato costituito, presso la presidenza del Consiglio dei Ministri, un Alto Comitato della popolazione.

A Brooklin si è accertato che circa cento medici ed il vice ministro della Giustizia dello Stato di New York facevano parte di un'organizzazione che ha al suo attivo centinaia di pratiche contro la maternità. È stata sporta querela contro il ministro predetto, che ha dato le sue dimissioni. Il Tribunale ha potuto constatare che le pratiche delittuose raggiungevano circa centomila casi all'anno e che i compensi annui riscossi si elevavano ad una media di sette milioni e mezzo di dollari.

È deceduto il prof. IVO NOVI, emerito di materia medica e farmacologia all'Università di Bologna, ove tenne l'insegnamento per un quarantennio. Ha recato alla scienza importanti contributi, tra cui quelli sulla concentrazione del sangue come condizione degli stimoli per il sistema nervoso centrale e quelli sulla funzione muscolare. Fondò il primo Istituto antirabbico in Italia. Organizzò anche un Laboratorio di sieroterapia.

È deceduto a 81 anni il dott. ROBERT PHILIP, professore di tisiologia all'Università di Edimburgo, noto per avere fondato il primo dispensario antitubercolare ed avere organizzato e promosso la coordinazione delle attività antitubercolari. Poco dopo la scoperta di Koch, fece degli studi sulla tossicità dei bacilli tubercolari uccisi.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 10 Aprile 1939 - XVII — Num. 15

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

PROLUSIONI

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
E METODOLOGIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ ADRIATICA
« BENITO MUSSOLINI » - BARI
(Direttore: prof. V. CHINI)

Orientamenti moderni di clinica ematologica e loro rapporti con l'"Anemia mediterranea" nei suoi riflessi storici e sociali [1].

Prof. VIRGILIO CHINI.

Magnifico Rettore, Chiarissimo Preside, Colleghi ed Amici, Studenti.

Permettete che prima di iniziare questa mia prima lezione, io unisca in un sentimento di sentita gratitudine l'Università da cui provengo e quella che ora mi accoglie in sè, perchè il grazie che io vi rivolgo non può andare disgiunto dal pensiero di quella calda affettuosità che mi ha circondato nella Facoltà medica di Catania, e della quale io serbo nel cuore il ricordo più vivo.

Nella difficile vita che mi sono accinto a percorrere, l'elemento affettivo è per me fattore fondamentale, che avviva il nostro lavoro e ce ne rende più consapevoli e più degni. Questo saluto che in questo momento contemporaneamente rivolgo alla Facoltà medica di Bari e a quella di Catania è espressione del mio stato d'animo che sente viva e profonda l'emozione del momento.

Nel salire la cattedra di Patologia medica di questa Università io non posso fare a meno di rivolgere un pensiero al mio predecessore, il professore Luigi Condorelli, che con sforzi tenaci ha creato questo Istituto al quale io intendo dedicare la modesta mia opera, animato da quella passione per lo studio dei malati e per la ricerca scientifica che fa oramai parte della mia stessa esistenza. E in questa opera io continuerò a sentire, come ho sempre sentito, vicini a me Coloro cui tutto io devo: lo Spirito dei miei Genitori, sempre in me vivente e operante, e l'anima e il cuore dei miei Maestri, cui il tempo sempre più stringe alla mia vita.

(1) Prolusione al corso di patologia medica e metodologia clinica tenuta il 18 gennaio 1939-XVII.

Come un anno fa a Catania, così ora e così sempre, il loro ricordo profondamente mi emoziona, sicchè non posso qui che ripetere nel profondo del mio cuore le stesse parole di allora, e sentire la mia anima vibrare di sentimento filiale per le alte figure di Pietro Rondoni e di Cesare Frugoni.

Quanto ho potuto apprendere dal loro sapere e dal loro cuore, io mi sforzerò ora di trasfondere nel mio insegnamento; e in questo mio sforzo, coloro che mi circondano più da vicino sentiranno la mia profonda passione e la mia affettuosa amicizia. Ed è precisamente ai miei assistenti, a quelli che io ho trovato qui nell'Istituto in piena attività di lavoro e a quelli che mi hanno voluto seguire da Roma a Catania e da Catania sin qui, che io rivolgo un saluto pieno di calda cordialità e di viva riconoscenza.

È solo dal lavoro di intima, cordiale, sentita collaborazione che si vive in uno stesso Istituto, che noi possiamo trovare la migliore soddisfazione della nostra giornata e tendere così, in piena dedizione, allo studio e alla cura dei malati, fine ultimo di ogni nostra attività, e alla indagine di quei problemi scientifici dai quali non si può prescindere nell'orientamento attuale degli studi medici.

***

Nel rinnovamento profondo di cui è animato, e in parte anche travagliato, il pensiero medico contemporaneo, non seconda è rimasta l'Ematologia clinica, alla quale tanto ha dato la Scienza italiana. Sicchè in piena evoluzione sono attualmente le nostre conoscenze su molte emopatie: basta ricordare quanto si sta rinnovando sulla essenza stessa dei processi leucemici, di cui oggi si intravvedono, tra l'altro, i più insospettati rapporti con malattie ritenute profondamente diverse, ma che già genialmente Guido Banti aveva sentito e affermato con intuito precorritore del tempo.

Dal progressivo affinamento delle indagini morfologiche si arriva allo studio di più vasti problemi di ordine eziologico e terapeutico, per dilagare dai fatti concreti quali analizziamo nel singolo malato, alla ricerca di momenti di ordine costituzionale, familiare, ereditario, che sempre più si impongono alla nostra osservazione.

E tutto questo è consentito dallo stretto parallelismo con cui procedono l'elevazione della Clinica — intesa come scienza esatta dell'individuale — e il fervore della ricerca biologica. Clinica e Biologia così armonicamente si uniscono e a vicenda si fecondano in campo ematologico, che l'osservazione sperimentale che doveva portare alla scoperta del metodo di cura dell'anemia perniciosa, dalla clinica ora ritorna alla biologia pura, per aprire la strada alla individuazione di ignorati principi di tipo, per così dire, vitaminico. Terreno biologico nuovo, nel quale ora si è affermato il concetto e fornita la documentazione dell'esistenza di sostanze indispensabili per il normale sviluppo dell'emopoiesi che non sono, come le vitamine, preformate tal quali, ma che scaturiscono dall'interazione di fattori alimentari e di fattori organismici, di cui la chimica biologica sta analizzando la natura e di cui la clinica già presente l'importanza anche in nuovi campi; così, nella patogenesi di alcune manifestazioni nervose che frequentemente accompagnano l'anemia perniciosa stessa e più raramente altre malattie; così, forse, nel terreno di alcune sindromi pellagroidi e in altre anemie che per ora rientrano in un gruppo non ben precisato di « anemie da carenza ».

Lo studio della patologia funzionale e delle intime correlazioni che legano stati morbosi tra loro solo apparentemente indipendenti, porta sempre più, anche per alcune emopatie, a vedere l'importanza che spetta nel loro determinismo alle alterazioni delle più elevate regolazioni vegetative dei centri ipotalamici; in tal senso oggi si orientano le interpretazioni di alcune poliglobulie, che rientrano quindi in pura patologia costituzionale; e non indifferenti possiamo rimanere di fronte a recenti segnalazioni dalle quali risulta che anemie di tipo cloridrico così costantemente si accompagnano a manifestazioni morbose vegetative, da farle considerare come espressione di un unico complesso sintomatico diencefalo-ipofisario (Lichtwitz).

Nel campo familiare ed ereditario la patologia sperimentale già ci indica vie e fatti nuovi pieni di suggestiva bellezza; come non rimanere profondamente colpiti dalla dimostrata importanza di fattori genetici sulla possibilità di attecchimento e di trasmissione da animale ad animale di alcune leucemie dei mammiferi? E mentre da un lato è documentato che alcune leucemie sono trasmissibili anche con l'iniezione soltanto di filtrati di tessuti leucemici, la cui intima natura non ci è nota e il cui contegno solo da qualche punto di vista può lasciar pensare trattarsi di virus viventi, dall'altro risulta che leucemie del topo sono trasmissibili anche con l'iniezione endovenosa di minime quantità di materiale leucemico; ma perchè compaia la malattia, non solo occorre che gli animali ricevitori appartengano alla stessa specie di quelli trasmettitori, ma anche che essi siano della medesima razza; dirò di più: di razza pura; anzi, della medesima famiglia; altrimenti l'attecchimento non avviene (Kaalund-Jörgensen) (1). Ecco emergere così, in tutta la sua vasta portata biologica, la segnalazione di un fattore

---

(1) La trasmissione può essere possibile anche in animali della stessa specie, ma di altro ceppo, solo sottoponendoli a particolari trattamenti, come irradiazioni roentgen, ecc. (Kaalund-Jörgensen).

nuovo. È un semplice cenno; ma quanto dietro a noi si nasconde e quanto innanzi a noi si apre dalla conoscenza di queste fatto di per sè apparentemente tanto semplice!

Ancor prima della Patologia sperimentale già la Clinica aveva suggerito e provato il carattere costituzionale e familiare di alcune malattie del sangue; basti ricordare l'ittero emolitico. E recentemente si parla di possibile carattere familiare dell'anemia ipocromica essenziale (Thiele e Kühl. Gram) e forse anche dell'anemia perniciosa (Gänsslen, Winternitz, ecc.), o per lo meno della concomitante achilia gastrica (Strandell, Conner, ecc.); è così, carattere familiare e forse una particolare limitazione etnografica sono oggi riconosciuti ad un singolare gruppo di anemie a impronta emolitica che vengono descritte sotto il nome di itteri emolitici con resistenze globulari aumentate. Il riconoscimento di queste forme è recente (Rietti, Greppi, ecc.); ma così controversi ne sono ancora l'interpretazione ed il preciso significato, che vi è perfino incertezza nella stessa loro definizione (v. Micheli, Momigliano-Levi, ecc.); alcuni Autori (Acuña, Frontali, ecc.), e sono forse nel giusto, tendono a vedere in queste forme una specie di ponte di passaggio tra l'ittero emolitico classico e un'altra emopatia pure strettamente familiare, che è la cosidetta anemia mediterranea o anche morbo di Cooley, dal nome del l'Autore americano che ne descrisse i primi casi. Ed è precisamente di questa malattia così singolare ed oscura che intendo oggi occuparmi. Per essa si sostiene da ogni parte trattarsi di malattia essenzialmente « razziale ».

Che determinate malattie del sangue avessero un fondamento razziale era noto da tempo. Ne è chiaro esempio la cosidetta anemia a cellule falciformi della razza negra o anemia drepanocitica, così indicata perchè i globuli rossi sono profondamente alterati nella loro forma, sì da apparire di aspetto semilunare o falcato. E questo aspetto è legato alla intima struttura del globulo profondamente alterato sin dal suo primo evolversi, espressione quindi di una deviazione fisiopatologica della primitiva attività degli organi emopoietici (Sydenstricker). Malattia quindi costituzionale, familiare, a netta impronta razziale, tale che non ne sono quasi conosciuti casi all'infuori di soggetti di razza negra, se si tolgono alcune recenti osservazioni relative a famiglie nelle quali è stato possibile documentare una più o meno lontana commistione con sangue negro (Cardozo), o per le quali una tale commistione era sospettabile (Cooke e Mack). Qualche raro caso di tale forma fu però riscontrato anche in soggetti di razza bianca quasi esclusivamente provenienti dal Sud-Europa: dalla Sicilia (Rosenfield e Pincus, Clarcke, Haden e Evans), dalla Calabria (Maggiore, Light e Simon), e dalla Grecia (Cooley, e Lee, Caminopetros, ecc.), da regioni cioè, immerse nel Mediterraneo; regioni nelle quali, nel corso dei secoli, commistioni di razze sono state rese possibili dagli stessi eventi che ne hanno dominato la storia.

Questa anemia a cellule falciformi della razza negra ha singolari somiglianze con l'anemia mediterranea, che è stata chiamata così per il fatto che, nella quasi totalità, essa colpisce individui che abitano o che provengono da regioni bagnate dal Mediterraneo e più precisamente dal Mediterraneo orientale. Essa deve interessare specialmente noi italiani, in quanto una gran parte dei casi descritti si riferisce proprio ad individui di provenienza italiana.

La sua importanza anche dal punto di vista sociale appare di vasta portata; nè vale a diminuirla la sua affermata rarità, perchè in fondo la malattia, pur essendo nota tra noi solo da pochi anni, dopo le prime osservazioni americane del 1925 e 1927, è stata in breve tempo abbastanza largamente segnalata e va sempre più facendosi frequente.

Il suo riconoscimento e la sua momentanea sistemazione sono stati resi possibili da due principali ordini di fatti: dalla introduzione, per così dire, in clinica ematologica della indagine radiografica dello scheletro; e dalla documentata esistenza, opera precipua del Di Guglielmo, di malattie sistemiche del sangue interessanti prevalentemente, ed anche esclusivamente, gli elementi della serie rossa, malattie che vengono oggi indicate con il termine di « eritremie ».

Ed infatti gli elementi fondamentali che conferiscono veste propria all'anemia mediterranea, che è anche chiamata mielosi eritremica osteopatica, sono precisamente: la presenza di grande numero di globuli rossi altamente immaturi nel sangue circolante, cui corrisponde e sta a base una intensa iperplasia ed anaplasia eritroblastica midollare con conseguente grave anemia; e la presenza di caratteristiche alterazioni radiologiche scheletriche, particolarmente evidenti a carico della teca cranica; alterazioni singolari, e per le quali la teca cranica, oltrechè apparire spesso chiaramente aumentata di spessore, è come attraversata da strie raggiate perpendicolari alla tangente della volta che conferiscono alla superficie esterna del cranio un aspetto a dorso di riccio o a spazzola.

Quali siano con precisione i motivi per cui ad una spiccata iperplasia midollare della serie rossa corrisponda un così singolare aspetto delle alterazioni scheletriche, noi non sappiamo ancora con precisione; nè conosciamo se l'un fatto sia all'altro legato da vincoli di interdipendenza; sembra a molti che le alterazioni scheletriche siano semplicemente secondarie all'iperplasia midollare, per il che parlano, tra l'altro, recenti e accurate indagini istologiche (Pincherle e Scaglietti). Ma se

teniamo conto del particolare sviluppo embriologico di alcune ossa e degli stretti collegamenti che regolano lo sdifferenziamento embrionale di un medesimo substrato verso elementi emogenetici da un lato e osteogenetici dall'altro, non del tutto fuor di luogo appare anche il concetto di chi tende a vedere nelle alterazioni ematiche midollari e nelle alterazioni ossee soltanto una espressione diversa di un medesimo processo fondamentale che coinvolge sin dai primordi della vita alcuni settori del mesenchima (Pontoni). Sta di fatto che l'indagine radiologica ha permesso precisamente di isolare, attraverso la documentazione di particolari alterazioni dello scheletro, questa forma morbosa dal gruppo tuttora eterogeneo dell'anemia splenica infantile, nella quale era stata per lungo tempo confusa.

Lo studio sempre più completo dei casi di anemia mediterranea portò man mano al riconoscimento di tutti gli altri elementi che caratterizzano la malattia; dal tipo particolare dell'anemia, eritroblastica, ipocromica, microcitica e spiccatamente poichilocitica, alla concomitante impronta emolitica con particolari alterazioni del ricambio pigmentario (Bradford e Whipple), alle sue note cliniche fondamentali: il colorito terreo-olivastro dei malati, la epatosplenomegalia, l'iposurrenalismo; e, come nota singolare, lo spiccato aumento delle resistenze globulari (1). Malattia che non colpisce soltanto l'età infantile, come sino a qualche tempo fa era stato affermato, ma che interessa non indifferentemente anche la patologia degli adulti (Dalla Volta, Chini, Signorelli, Aravantinos e Delijannis, ecc.), malattia ad evoluzione più o meno rapidamente fatale, e di cui è tuttora aperto il problema terapeutico.

Ma le caratteristiche più singolari della malattia, di cui cercheremo di individuare il fondamento ed il significato biologico, consistono nel suo carattere familiare e nella sua definizione di malattia razziale, essendo stata, come ho già detto, riscontrata esclusivamente tra alcune popolazioni del Mediterraneo.

La sua familiarità emerge dal fatto che essa colpisce con frequenza diversi bambini di una stessa famiglia in maniera più o meno manifesta. Nel 1938, in ricerche pressochè contemporanee condotte in Grecia (Caminopetros) e, in Italia, da noi in Sicilia e da Angelini nel Veneto, si riusciva a documentare anche il suo carattere ereditario; lo studio dei genitori dei malati dimostrava in essi, in uno o spesse volte in ambidue, fatto quest'ultimo di particolare interesse nel terreno della eredobiologia, le caratteristiche fondamentali della malattia: le alterazioni scheletriche, un'impronta emolitica e, fatto in cui si tende a vedere una stimmata costante del processo morboso, l'aumento delle resistenze globulari. Un largo studio da me condotto su un gruppo familiare attraverso tre generazioni, negli ascendenti collaterali e discendenti di un malato adulto di anemia mediterranea, mi dimostrò che le stimmate biologiche fondamentali della malattia erano presenti in tutti i casi studiati, figli compresi; e la ricostruzione dell'albero genealogico della famiglia dimostrò l'esistenza della malattia anche negli ascendenti e collaterali del lato materno, del lato cioè da cui il fondamento morboso era stato trasmesso.

Malattia quindi anche ereditaria; ma come mai limitata, sinora, solo a determinati gruppi di popolazioni del Mediterraneo? Possiamo veramente parlare di malattia « razziale », così come viene universalmente intesa e indicata?

I casi sicuri e completi di anemia mediterranea sono stati sinora descritti soltanto tra abitanti dell'Italia, della Grecia, dell'Asia Minore (1) o altrove soltanto in figli di emigrati da questi Paesi. Ed è per questo che si è parlato di malattia « razziale ». Ma esiste unità di razza tra italiani, greci, e popoli dell'Asia Minore?

È indubbio che l'aspetto dei malati, le loro caratteristiche facciali, la loro espressione fisionomica, grandemente si rassomigliano in tutti. La loro facies ha una impronta inconfondibile tipicamente orientale, talchè si parla di facies mongoloide o orientaloide: e in realtà noi troviamo in questi soggetti una faccia larga, con gli zigomi chiaramente sporgenti, la radice del naso avvallata ed allargata, trasversalmente orientate le narici, prominenti le bozze frontali e anche quelle parietali, più o meno spiccato prognatismo; e l'occhio è piuttosto piccolo e qualche volta « a mandorla », senza evidente epicanto, e, per quanto raramente, anche con una tipica plicatura della palpebra superiore. Si è voluto recentemente far distinzione tra facies mongoloide e occhio mongolico (Caminopetros). E diciamo sùbito che la facies, con queste espressioni orientaloidi, non può essere definita vera facies mongolica, nè può essere interpretata quale caratteristica di ordine razziale, perchè tale aspetto è assunto dai malati solo secondariamente ed è dovuto all'istaurarsi, per effetto della malattia, di alterazioni dello scheletro facciale (particolarmente iperostosi dei malari), che condizionano in tal modo le conseguenti modificazioni fisionomiche. Non carattere razziale quindi questo, sul quale tanto in un primo tempo si era instistito, ma semplice conseguenza della malattia.

Altro significato tendono invece gli antropologi a dare al cosidetto « occhio mongolico ».

---

(1) Secondo Caminopetros, i casi che non si accompagnano a questo segno, sarebbero dei casi dubbi di an. med.

(1) Qualche rarissimo caso sarebbe stato di recente anche segnalato tra abitanti della Spagna e dell'Inghilterra; ma si tratta di casi in cui mancano alcuni elementi clinici-ematologici che caratterizzano l'an. med., per cui non possono essere con sicurezza interpretati come tali.

Esso sì dovrebbe aver valore di vera e propria caratteristica razziale. Ma come ho detto il riconoscimento di un occhio mongolico è tutt'altro che costante nei malati di anemia mediterranea, ed è osservabile anche in altri individui che non sono affetti da questa malattia. E pertanto anche un tal segno non può essere ritenuto elemento sufficiente per affermare un sicuro fondamento razziale di questo tipo alla malattia. D'altra parte è indubbio che la malattia è stata ritrovata in maniera sicura soltanto tra popolazioni del Mediterraneo specie orientale. Aggiungiamo che, basandoci sulle attuali casistiche, sembra essere la Grecia la regione più fortemente colpita: i casi che vi si vanno segnalando sono veramente frequentissimi.

E allora, se dobbiamo per un momento riconoscere nella Grecia il centro etnico della malattia, non ci sarebbe difficile darci la spiegazione del perchè anche popolazioni geograficamente e storicamente vicine al mondo greco siano pur esse colpite da una stessa malattia che ha carattere ereditario: Asia Minore da un lato, Italia dall'altro. E per quanto riguarda l'Italia sembra esistere anche tra noi una significativa limitazione regionale, in quanto i casi italiani descritti sia in Italia che all'estero provengono quasi esclusivamente dalla Sicilia e specialmente dalla Sicilia Orientale, dalla Sardegna Meridionale, più limitatamente dalla Campania e dalle Puglie; e abbastanza largamente colpite figurano alcune zone delle Venezie e più precisamente le provincie marittime dell'antica Repubblica Veneta e quelle poste a cavaliere del Delta del Po.

Se dobbiamo vedere nel mondo greco l'origine della malattia, ci potremmo storicamente anche spiegare questa distribuzione regionale tra noi.

Da millenni datano i rapporti con il mondo greco della Sicilia, ove per prime si stabilirono fondendosi con i primitivi abitatori dell'Isola, appartenenti essi pure come sembra a ceppi mediterranei, le popolazioni greche che vi hanno trasportato, per secoli, i segni della loro civiltà. E nel successivo svolgersi di ampi eventi storici di cui l'Isola mediterranea fu per lunghi secoli protagonista, i contatti con il mondo greco e bizantino sono stati così molteplici che la stessa sua storia per lunghi periodi si confonde con tutta la storia del Mediterraneo orientale. E su di essa conversero, e per secoli vi si immischiarono, altre formidabili correnti orientali, come quelle fenicie-cartaginesi, che proprio in terra di Sicilia e sul suo mare furono fermate e stroncate, a conclusione della prima guerra punica, dai legionari di Appio Claudio e Claudio Marcello e dalle navi di Caio Duilio. E larghi pure furono in epoche lontane i contatti del mondo greco con la Sardegna Meridionale e la Campania ove alcune importanti città riconoscono addirittura un'origine greca. Per quello che riguarda le provincie marittime venete e quelle del Delta del Po, le relazioni col Mediterraneo orientale e con l'Asia Minore sono state intense nel corso dei secoli, forse fin dai primordi, e specie in alcuni periodi della Dominazione Veneta, sicchè vasti furono i rapporti storici e umani tra l'antica Repubblica e le popolazioni greco-turche.

Ma siamo noi proprio sicuri di poter vedere nella Grecia il centro di irradiazione etnica della malattia? o non dobbiamo forse ulteriormente spostare il suo punto di origine? I caratteri mongolici che osserviamo in qualche caso di anemia mediterranea sono realmente espressione di commistione con elementi di razza mongola? In realtà, nell'Oriente mediterraneo, non solo vi sono state le condizioni perchè ciò si avverasse, ma anche documentate commistioni razziali con elementi mongolici sicuramente risultano.

Tuttavia, se ci si deve attenere a tali concetti di ordine geografico, storico e umano, quello che non può non fare meraviglia è il fatto che sinora non sono venute segnalazioni della malattia direttamente tra le popolazioni mongole e nemmeno tra quelle popolazioni, oltre il Mediterraneo orientale, che hanno indubbiamente avuto larghi rapporti con genti di origine mongolica, di cui sono note dalla storia le invasioni in molti paesi dell'Europa e anche lunghi periodi di dominazione, come quelli che si sono svolti su alcune ampie regioni della Russia; non sono forse conosciuti quei vasti spostamenti di popolazioni che hanno accompagnato e seguito le imprese di Tamerlano? Può darsi che ulteriori ricerche possano portare una certa chiarificazione in questo campo così oscuro. Ma intanto in noi rimane un grande senso di incertezza che ci obbliga a rivolgere il pensiero anche altrove, per vedere se, lasciando da parte il non sicuramente documentato carattere razziale della malattia, non si debba per caso ricercare e riconoscerne i fondamenti in fattori di ordine ambientale od altro, che possono essere comuni a popolazioni diverse.

***

Si innesta qui il grande problema se esistono o meno rapporti tra l'anemia mediterranea e l'infezione malarica. Perchè, realmente, le regioni in cui si ritrova l'anemia mediterranea sono anche e tutte largamente e da secoli infestate dalla malaria, ed è assai frequente constatare che i malati provengono proprio da quelle zone in cui la malaria è stata per lunghi periodi endemica, e ritrovare nei loro precedenti personali e familiari l'infezione malarica; la quale si affacciò all'Europa dalle sponde del Mediterraneo. C'è di più: moltissimi segni anatomoclinici dell'anemia mediterranea anche si ritrovano nei casi più gravi di cachessia palustre, dall'anemia poichiloci-

tica alla epatosplenomegalia, dall'infantilismo somatico all'iperplasia eritroblastica midollare, dalla presenza di globuli rossi immaturi in circolo al particolare colorito terreo-olivastro, dall'iposurrenalismo alla stessa fisionomia orientaloide sino alle particolari deformazioni craniche (Spiliopulos). E si è arrivati così al punto di negare l'esistenza dell'anemia mediterranea come malattia a sè, per considerarla nient'altro che un aspetto particolare della cachessia palustre (Choremis, Nittis e Spiliopulos). E, a parte alcuni reperti, in verità molto dubbi, che segnalano la presenza anche di parassiti della malaria estivo-autunnale, vi è recentemente chi vanta buoni risultati terapeutici da un intenso trattamento antimalarico e ne suggerisce il sistematico uso (Spiliopulos). Non terreno quindi di pura erudizione o speculazione quello su cui stiamo camminando, ma con chiari riferimenti clinici e orientamenti pratici, perchè qui vi è in gioco il problema ed il sistema di cura. Ma si pensi quanto distanti sono al riguardo le concezioni dei vari autori, se in questi ultimi mesi si è voluto consigliare come mezzo di cura di questi malati addirittura la inoculazione in essi proprio dell'infezione malarica (Caminopetros).

Campo anche questo dei rapporti tra anemia mediterranea e malaria dei più oscuri e che porta con sè l'impostazione di vasti problemi profilattici, terapeutici, sociali, tra i quali non possiamo per ora muoverci se non nel dubbio. Vasto campo tuttavia aperto alle indagini, che devono essere svolte quale che sia il loro risultato, perchè sembra oramai necessario o eliminare o chiarire in un senso o nell'altro questo dubbio, il che è richiesto dalle importanti ripercussioni pratiche che vi si connettono. Da qualche tempo, colla attiva collaborazione dei miei assistenti (Ferrannini, Paternò, Nicotra, Pona), mi sto dedicando precisamente a questo problema, attraverso indagini molteplici che, dovendo essere necessariamente svolte in regioni diverse e tener conto di numerosi e complicati fattori familiari ereditari e ambientali, non mi permettono ancora di definitivamente pronunciarmi a loro riguardo.

Noi siamo riusciti ad isolare nella Sicilia orientale numerosi casi di malaria cronica in cui, accanto a quadri ematologici e midollari quasi sovrapponibili a quelli dell'anemia mediterranea, anche esistevano singolari alterazioni radiologiche del cranio, tali da richiamare assai da vicino alcuni di quegli aspetti iniziali del quadro radiologico dell'anemia mediterranea stessa. Il problema tuttavia si presenta ancora irto di difficoltà; ma queste difficoltà interpretative costituiscono per me il miglior incentivo a proseguire tenacemente in queste ricerche e con quella passione con cui ho cercato sempre di avvolgere il mio lavoro.

Ma indipendentemente da ciò, come mai se dovessero esistere dei diretti rapporti tra malaria e anemia mediterranea, quest'ultima si riscontra solo nel Mediterraneo orientale, mentre la malaria è estremamente diffusa in tutto il mondo? e nella stessa Italia la distribuzione geografica dell'anemia mediterranea e la distribuzione geografica della malaria non sembrano corrispondersi? Possiamo allora ammettere l'esistenza di differenze biologiche tra la malaria di una regione e la malaria di un'altra regione? Problemi come si vede, non solo per ora del tutto insoluti, ma difficili, vorrei dire quasi temerari, ad essere anche soltanto prospettati.

Del resto, era noto da tempo che il chinino agisce assai meno nella malaria di alcune regioni dell'Italia Meridionale che non nella malaria di altre zone non bagnate dal Mediterraneo. E vi è chi sostiene che anche l'anemia a cellule falciformi della razza negra, tanto simile all' anemia mediterranea, sia anch'essa legata all'infezione palustre (Spiliopulos). E se anche non è in gioco l'infezione malarica diretta, conosciamo noi le influenze che la malaria può esercitare sulle popolazioni che abitano zone dove essa infierisce da secoli, se si è addirittura parlato di « degenerazione antropologica » da infezione palustre? Può essa determinare nel corso del tempo influenze stabili sulla attività degli organi emopoietici o costituire momento determinante di deviazioni dell'emopoiesi?

***

Oggi per opera di ematologi di altissima fama, quali il Lehndorff e il Naegeli, larga strada si va facendo il concetto che alcune malattie del sangue, e precisamente alcune di quelle che profondamente colpiscono gli elementi della serie rossa, siano espressione di fenomeni di « mutazione » intervenuti nelle attività biologiche dei tessuti emopoietici. Le anomalie strutturali che presentano i globuli rossi in alcune emopatie sarebbero precisamente espressione di un fenomeno di « mutazione »; tali gli sferociti o microciti a palla dell'ittero emolitico, le cellule falciformi delle anemie della razza negra, e probabilmente anche i globuli rossi profondamente alterati dell'anemia mediterranea (1); e questi aspetti morfologici, cui corrispondono più profonde alterazioni biochimiche e chimico-fisiche, condizionanti forse altre attitudini biologiche

---

(1) La poichilocitosi dell'anemia mediterranea avrebbe un qualche cosa di diverso dalle altre poichilocitosi; essa può essere presente anche quando il numero dei globuli rossi non è gran che diminuito; e questi poichilociti, o almeno alcuni di essi, potrebbero andare incontro nel sangue circolante stesso o, forse, più probabilmente nella milza, a fenomeni di « frammentazione »; a ciò si dovrebbe in parte far risalire la particolare impronta emolitica della forma; per questi poichilociti è stato creato il nome di « schistociti » (Cooley).

quali, ad esempio, il contegno delle resistenze globulari, in queste forme morbose spesso persistono anche allorchè si sia in vario modo determinata la guarigione clinica della malattia; guarigione clinica che può intervenire anche disgiunta da quella che si dice guarigione biologica, come talvolta si ottiene per effetto della splenectomia. Ciò è ammesso da molti — non da tutti — per l'ittero emolitico; è stato recentemente osservato anche nel campo dell'anemia falciforme della razza negra (Haden e Evans, Ching e Diggs, Bell, Cooley, ecc.); io stesso — come altri — l'ho potuto documentare in un caso di anemia mediterranea (1). Il che suggerisce l'esistenza di un difetto congenito del sistema emopoietico, una costruzione difettosa dei globuli rossi, lo stabilirsi di un ordine di cellule alterato e nuovo.

I processi di mutazione, intesi nel loro largo senso biologico, così nel regno vegetale come in quello animale, si stabiliscono nelle singole specie ad un determinato momento, in maniera improvvisa; vi è qui l'intervento di fattori tuttora ignoti e in cui dobbiamo tener conto di particolari substrati biologici e di oscuri momenti occasionali che possono assumere funzione scatenante e che possono essere legati anche alla larga diffusione di alcune malattie a lungo decorso, specie se altamente febbrili (2), incidenti profondamente su tutto l'organismo. Ma l'intimo processo forse interviene allorchè l'organismo è divenuto maturo per la mutazione, per attitudini genotipiche, sulla base di determinate potenze di sviluppo. Bisogna ammettere che, per ragioni tuttora sconosciute, in alcuni gruppi etnici, così forse alcune popolazioni mediterranee, la potenza di sviluppo si sia diretta nel senso che il loro sistema emopoietico divenisse in un determinato momento pronto a mutazioni; e una volta intervenuti questi mutamenti, essi hanno assunto il potere di stabilizzarsi e di trasmettersi ereditariamente in maniera indefinita.

Le « mutazioni » non sono rare in patologia umana; esse facilmente intervengono in determinati gruppi di popolazioni e spesso con singolari limitazioni geografiche; e forse il sottile legame con cui si tende ad unire in un vasto unico gruppo l'ittero emolitico classico, quello così detto a resistenze globulari aumentate, l'anemia a cellule falciformi, l'anemia ovalocitica e infine l'anemia mediterranea, può essere riconosciuto appunto in ciò, che probabilmente tutte queste forme possono essere espressione di fenomeni di mutazione che hanno colpito il sistema eritropoietico nella profondità del suo divenire biologico.

L'esistenza frequente di mutazioni umane, trasportata nel terreno filosofico, ci suggerisce che la specie umana è una specie forse non ancora definitivamente geneticamente fissata e si trova attualmente di nuovo in un grande periodo di mutazione, di cui noi rileviamo forse gli effetti in determinati gruppi di malattie ereditarie e familiari (Naegeli). Ma se sia realmente così, noi non potremmo oggi tranquillamente affermare; dalla constatazione pura dei fatti si tende così altamente a risalire verso tentativi di costruzioni e di speculazioni naturalistiche, da lasciarci altrettanto profondamente perplessi e confusi; ci affacciamo all'intima natura di fenomeni che rimangono ancora totalmente nell'ombra.

Ma lasciando queste specie di divagazioni, e tornando sul terreno pratico, quale può essere l'importanza sociale dell'anemia mediterranea e quindi la necessità del suo studio e della ricerca dei suoi mezzi di cura?

La sua diffusione relativamente notevole in ristrette regioni (1), la larga impronta familiare, la sua ereditarietà, l'alta mortalità infantile che si constata nelle famiglie che ne sono colpite e il grande numero di aborti (2), sono tutti elementi che hanno fatto sì che alcuni Autori greci abbiano gettato ora una specie di grido d'allarme in tutto il loro Paese per cercare di preservarlo dal diffondersi di questa grave malattia (Caminopetros).

Se ci rifacciamo alla storia della specie umana e allo studio biologico di alcune razze scomparse attualmente dalla Terra, noi possiamo forse anche in parte giustificare questo grido d'allarme.

Le indagini radiologiche praticate sugli scheletri di individui appartenenti a razze scomparse, e ritrovati in alcune antiche necropoli o su mummie tuttora conservate, hanno dimostrato largamente presenti tra i resti di antiche popolazioni indigene dell'America, tra gli Incas del Perù (Williams) e gli Indiani della Columbia (Feingold e Case), tra gli scomparsi Aztechi del Messico o tra gli Indi Maya del Yukatan (Moore) e in alcune necropoli dell'Arkansas (Wakefield, ecc.), quelle

(1) Dopo la splenectomia, che è stata fatta, con varia fortuna, in diversi casi di anemia mediterranea, si assiste ad una imponente e persistente invasione in circolo di globuli rossi nucleati anche altamente immaturi; non si tratta quindi di una semplice « crisi eritroblastica » da splenectomia, quale può osservarsi in casi di ittero emolitico, nei quali la presenza di globuli rossi nucleati (generalmente ortocromatici) è di breve durata, ma di una condizione persistente a meccanismo patogenetico assai oscuro.

(2) Tra le varie modalità sperimentali con cui sono state ottenute delle « mutazioni » (applicazioni roentgen, ecc.), particolarmente attive sembrano essere le alte temperature specie se a lungo protratte (Goldschmidt, ecc.).

(1) In alcuni piccoli paesi di qualche isola dell'Arcipelago greco, Caminopetros ha ritrovato diverse famiglie largamente colpite dalla malattia.

(2) Secondo alcuni (Lewis, ecc.), l'anemia a cellule falciformi può essere fattore di aborto abituale.

stesse singolari e inconfondibili alterazioni scheletriche che oggi ritroviamo negli individui con anemia a cellule falciformi o con anemia mediterranea. E gli studiosi di paleopatologia non del tutto senza ragione ritengono che alla scomparsa di tali razze umane molto abbia contribuito la larga diffusione tra esse di particolari emopatie, primitivamente intervenute attraverso processi di mutazione umana, a sviluppo largamente ereditario e familiare (Williams, Moore). E la recentissima segnalazione nel Messico di anemia a cellule falciformi anche tra popolazioni indigene, i cui caratteri antropologici corrispondono ancora a quelli degli antichi Aztechi (Wallace e Killingsworth), ha fatto pensare che in questi ultimi avanzi di un'antica popolazione in via forse di definitiva scomparsa, si siano ereditariamente trasmessi alcuni caratteri genotipici dai loro lontani progenitori. E si pensa altresì che la commistione di sangue azteco col sangue negro di quelle popolazioni che sono state portate alcuni secoli fa ad abitare le regioni dell'America Centrale, abbia influito sulla larga presenza della malattia tra alcuni raggruppamenti negri di quelle zone.

La presenza dell'anemia mediterranea tra alcuni gruppi etnici del Mediterraneo orientale potrebbe essere quindi espressione di analoghe mutazioni biologiche che hanno colpito alcuni gruppi di popolazioni che si trovano immersi in Nazioni etnologicamente ora tra loro diverse, ma che possono aver avuto comunanza di origine e comunanze ambientali in epoche lontane.

I vasti problemi che sorgono dallo studio complesso dell'anemia mediterranea, e che io ho cercato per sommi capi di semplicemente sfiorare, si impongono alla nostra mente come campo di studio tra i più seducenti e che racchiudono in sè oscuri momenti profondamente umani.

NOTE E CONTRIBUTI

Clinica delle Malattie tropicali e subtropicali
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Sen. Prof. Conte ALDO CASTELLANI.

Considerazioni cliniche e patogenetiche su di un caso di trofoedema cronico.

Dott. MASSIMO ACQUAVIVA COPPOLA, assistente.

Nella letteratura sono stati descritti diversi casi di trofo-edema: la prima descrizione esatta di tale malattia è dovuta al H. Meige.

I casi che sono stati in seguito osservati, contribuivano nel loro complesso ad individuare sempre meglio tale sindrome morbosa, pur non essendovi talvolta per alcuni di essi rispondenza piena con la primitiva descrizione data dal Meige.

Secondo questo autore si tratta di un edema bianco, duro, di una consistenza abbastanza solida, però non senza una certa elasticità, in cui generalmente l'impressione del dito non rimane.

Questo edema si può presentare nelle estremità inferiori o superiori o può anche colpire una intera metà del corpo ed è spesso di natura ereditaria, verificandosi non di rado in parecchi membri di una stessa famiglia; quest'affezione preferisce il sesso femminile.

Può essere congenito o può anche apparire più tardi, spesso in una delle crisi vegetative della vita; per es.: nella pubertà e nella menopausa, cominciando allora come una tumefazione generalmente dolorosa che persiste per lunghissimo tempo non provocando al paziente in seguito dolore alcuno.

La sensibilità della parte ammalata non è in genere notevolmente alterata. La pelle delle zone colpite mostra una temperatura più bassa rispetto a quella delle regioni sane: i pazienti sentono l'estremità colpita un pò più pesante, ma generalmente la funzione dell'estremità edematosa non è sensibilmente impedita. Neanche si verificano dolori alla pressione.

Come cause morbose di tale malattia sono stati accusati la sifilide congenita, il tifo, morbi endocrini e in alcuni casi la spina bifida.

Nei riguardi poi della patogenesi numerose sono le ipotesi: teoria nervosa (Meige) che presuppone alterazioni dei riflessi trofici da lesioni del midollo; teoria linfatica ed arteriosa (Valobra), che riporta le lesioni rispettivamente al sistema linfatico ed al letto arterioso capillare; teoria endocrina che di volta in volta ha imputato la tiroide, l'ipofisi, le capsule surrenali e che invoca disturbi funzionali neurovegetativi (Pende).

Ci sembra di un qualche interesse riportare il seguente caso che venne all'osservazione in Clinica, inviato con diagnosi di elefantiasi.

L'ammalata, nata a Gradara (Pesaro), di cui ci accingiamo a trattare ha 20 a. Nulla nell'anamnesi eredo-familiare. Nata a termine da parto eutocico ebbe allattamento materno. Già dalla nascita la inferma riferisce di avere avuto tutta la metà sinistra del corpo più grossa della destra. Essa sin dalla prima infanzia fu soggetta a dolori vaganti, che ora si localizzavano in un segmento di un arto, ora in un altro, ed indifferentemente a destra e a sinistra. Più colpite di solito erano le articolazioni.

I dolori non forti, avevano una durata varia da pochi minuti fino a parecchi giorni e coincidevano quando si presentavano negli arti inferiori, con un gonfiore della parte dolente. Frequenti erano pure le cefalee e i dolori alle varie regioni del corpo. Molto spesso l'inferma era colpita anche da dolori al ventre, localizzati ad uno dei quadranti, e ad essi corrispondeva — a dire dell'inferma — un aumento di volume di

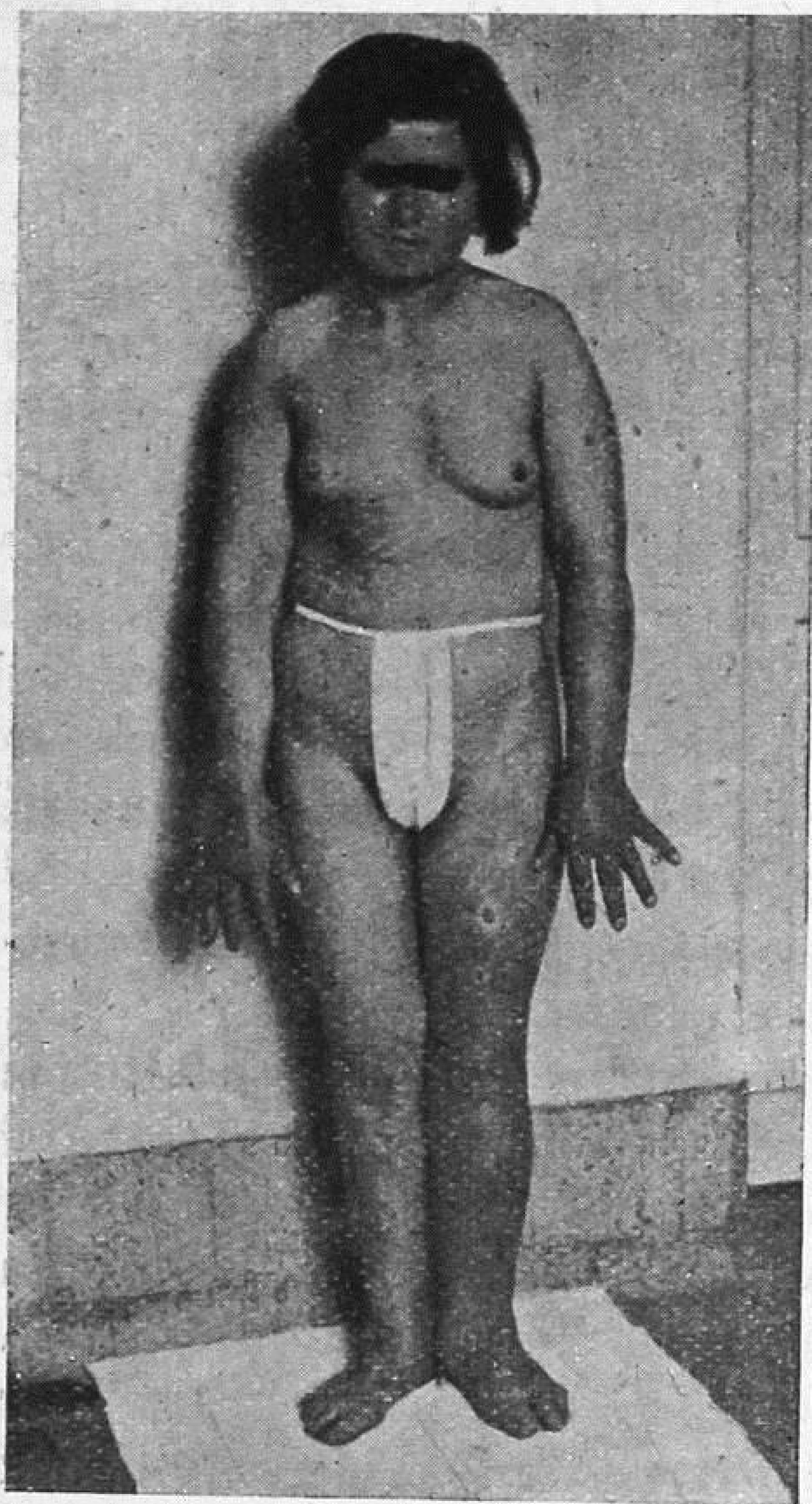


Fig. 1.

tutto l'addome. A 6 anni ha sofferto di morbillo. Ha sofferto altresì raffreddori e attacchi di influenza, di frequente tosse con espettorato. Spesso di sera era colta da febbre talvolta preceduta da brivido che rimetteva la notte con profusi sudori. A 9 anni per la prima volta notò una tumefazione nella regione laterale del collo e precisamente nella fossa sopraclavicolare sinistra, che si accompagnava ai vari sintomi della infiammazione.

Tale tumefazione, a carico di due elementi ghiandolari regredì con cure opportune e d'allora, ad intervalli vari si ripresenta con gli stessi caratteri. Ad 11 anni ebbe tifo e polmonite contemporaneamente. D'allora si è accentuata la differenza di volume fra le due metà del corpo.

A 13 anni si mestruò. Le mestruazioni si sono seguite sempre un po' irregolari.

L'inferma soffre d'insonnia, di cefalee e dolori reumatoidi, alle gambe, specialmente alla gamba ammalata.

L'esame obbiettivo ci mostra una costituzione scheletrica normale, pannicolo adiposo normale, colorito roseo pallido della cute e delle mucose visibili.

Adenopatia latero-cervicale, ascellare ed inguinale.

La regione laterale sinistra del corpo (fot. n. 1) si presenta più grossa di quella di destra e le differenze sono maggiormente apprezzabili al volto e ai vari segmenti dell'arto superiore ed inferiore. La cute in queste regioni suddette si presenta invasa da edema duro, che non lascia fovea alla pressione del dito. Ad un esame più dettagliato notiamo che l'edema occupa specialmente la cute della guancia sinistra, del braccio e dell'avambraccio sinistro e infine quella della coscia, della gamba e del piede dello stesso lato

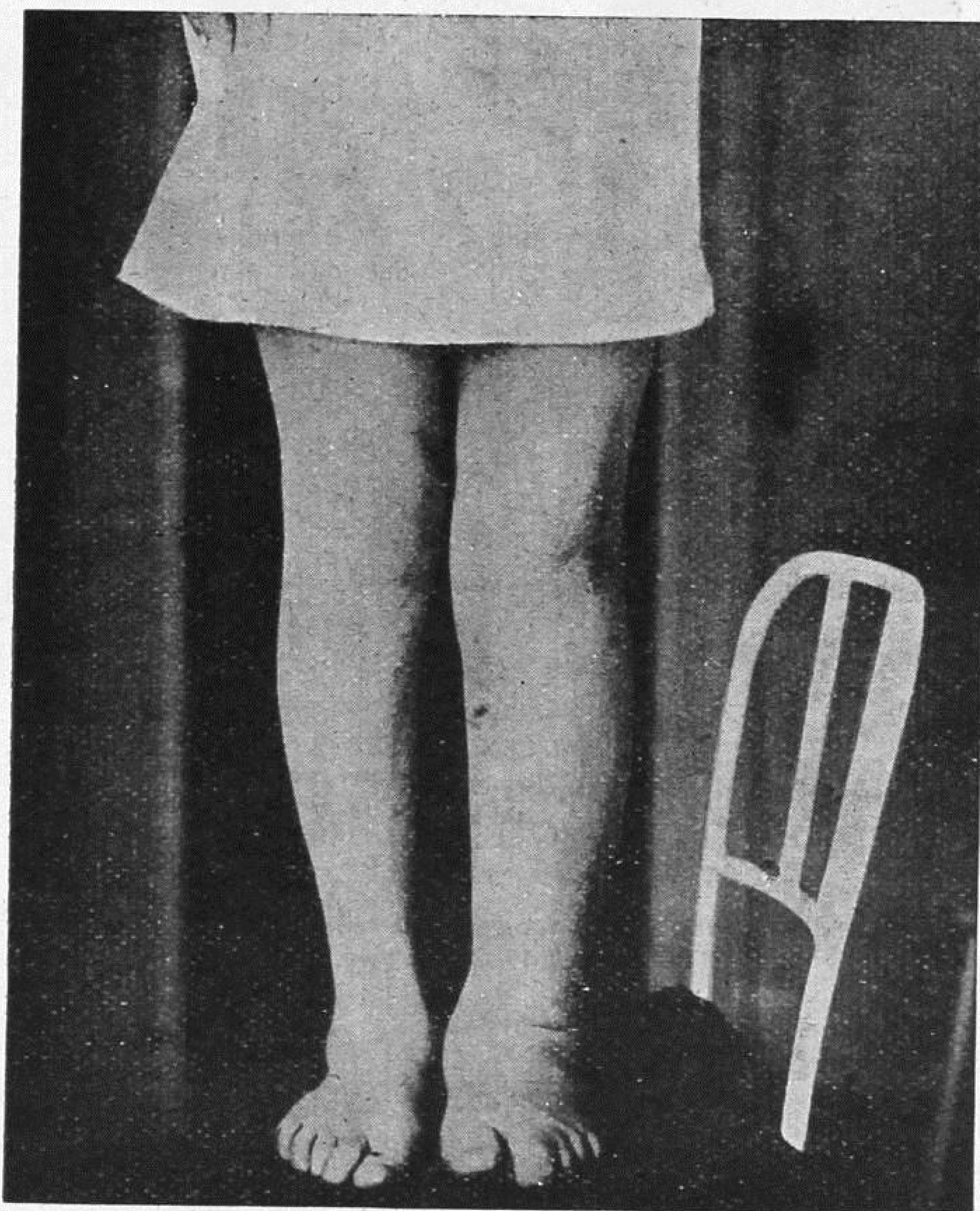


Fig. 2.

(fot. n. 2 e 3). Vi è anche leggero grado di anisomastia, la mammella sinistra presentandosi più grande di quella di destra.

Le misure col nastro metrico, più sotto riportate, hanno messo in evidenza anche leggere differenze a carico delle regioni simmetriche destre e sinistre del torace e dell'addome.

In corrispondenza dell'ombelico, dalla parte sinistra, notasi una bozza dell'estensione di un piccolo mandarino, a limiti non netti, di consistenza duro-elastica, probabilmente dovuta a deposito circoscritto di grasso in quella zona (lipomatosi).

Sulla cute del torace, regione anteriore destra e su quella delle gambe e dei piedi, molto più evidenti su quelli di destra, si nota una colorazione, a fitto reticolo, bluastra che non scompare alla compressione, solo scolorandosi un poco.

A carico del sistema nervoso non c'è nulla di anormale ad eccezione della mancanza del riflesso di Achille della gamba ammalata, il che può essere spiegato dall'aumento del tessuto sottocutaneo.



FIG. 3.

Nulla all'esame obbiettivo si pone in evidenza a carico dei vari organi ed apparati.

Misure metriche.

Torace, all'altezza del cavo ascellare: circonf. cm. 85: metà S. cm. 44; metà D. cm. 41.

Torace, all'altezza dell'epigastrio cm. 79: metà S. cm. 42; metà D. cm. 38.

Addome, all'altezza del mesogastrio cm. 80: metà S. cm. 40; metà D. cm. 40.

Braccio: all'altezza del cavo ascellare, S. cm. 33; D. cm. 33; a metà distanza tra gomito e spalla, S cm. 20 1/2; D. cm. 30 1/2.

Piega del gomito: a S. cm. 28, a D. cm. 26.

Avambraccio: a metà tra gomito e testa del radio, S. cm. 27 1/2; D. cm. 25.

Polso: S. cm. 18; D. cm. 18 1/2.

Palmo della mano: S. cm. 8; D. cm. 8 1/2.

Dito (circonf.): alla 1ª falange, S. cm. 8 1/2; D cm. 8.

Coscia (a metà tra gran trocantere e ginocchio): S. cm. 53; D. cm. 50.

Ginocchio: S. cm. 37 1/2; D. cm. 36.

Gamba (metà tra ginocchio e malleolo): S. cm. 36; D. cm. 31.

Collo del piede: S. cm. 31; D. cm. 26.

Piede (metà tra malleolo e radice delle dita): S. cm. 28; D. cm. 24.

L'anamnesi, i sintomi ed il decorso della malattia della nostra paziente erano abbastanza caratteristici. Si trattava nel nostro caso di un edema duro, elastico, che non lasciava impronta alla pressione.

La regione colpita corrispondeva alla definizione data sopra. Solamente la cute non era bianca, ma arrossata, il che era causato da una dilatazione della rete vasale della cute cioè capillarosi, ossia disturbi dei vasomotori di cui parleremo dopo.

Esistendo questo stato del tessuto sottocutaneo già fin dalla nascita si potevano escludere altre malattie che causano un edema localizzato, e tra queste, l'elefantiasi da filaria e la nostrale.

L'elefantiasi da filaria infatti, prescindendo da considerazioni circa la distribuzione geografica che renderebbero il nostro caso del tutto eccezionale, ha inizio con attacchi febbrili di linfoangioite; la regione colpita durante lo attacco diventa edematosa per poi tornare alla norma; soltanto dopo il seguirsi di numerosi attacchi la regione interessata resta tumefatta in modo permanente.

Nè d'altra parte era il caso di pensare alla elefantiasis nostras, sviluppantesi con sintomatologia che ricorda la precedente, assenti le filarie, ed in cui si riscontra spesso nelle ghiandole linfatiche regionali il micrococco metamicetico (Castellani). Anche la adiposi dolorosa (malattia di Derkum) era da escludersi, perchè la cute della nostra paziente non aveva le tipiche alterazioni della sensibilità che consistono in una iperalgesia.

Si trattava dunque nel nostro caso di un trofo-edema cronico.

Prima di riferire le indagini fatte, vogliamo ricordare il meccanismo d'insorgenza di un edema in generale.

Secondo le teorie moderne, si tratta di disturbi del ricambio dei liquidi nei tessuti. Normalmente c'è un equilibrio tra l'acqua che esce dalla parte arteriosa dei capillari e quella la che rientra dai tessuti nella loro parte venosa. Questo equilibrio ai due lati della parete capillare è costituito dall'equilibrio fra la tensione oncotica del sangue e quella dei tessuti (Ascoli, Serio, Volhard, ecc.). Ove quella del sangue diminuisce, sì da far prevalere all'interno dei capillari la pressione idrostatica oppure ove aumenti la tensione oncotica dei tessuti, sì da renderli maggiormente idrofili, si ha l'edema.

Vari elementi partecipano dunque alla formazione dell'edema:

1) L'aumento della pressione idrostatica (pressione sanguigna venosa, capillare).

2) La diminuzione della pressione colloido-osmotica del sangue.

3) L'aumentata permeabilità della parete capillare.

4) L'aumento della pressione di turgore dei tessuti.

Le diverse forme dell'edema originano per lo più dall'azione coordinata di diversi fra questi elementi. Per es.:

edema da stasi . . . . 1 + 3
edema nefrotico . . . 2 + 4

Secondo la causa e dal punto di vista clinico si possono distinguere le seguenti forme di edema (Melli):

1) Edemi da un'origine cardiovascolare.

2) Edemi da un'origine renale.

3) Edemi locali: *a*) da causa infiammatoria; *b*) da causa tossica.

4) Edemi locali per compressione di tronchi venosi o linfatici.

5) Edemi da una genesi ora ancora poco chiara, che sono causati da disturbi del sistema endocrino o quello neuro-vegetativo, ma dato il connesso reciproco tra questi due sistemi, essi si mostrano non di rado insieme alterati, sì che è molto difficile di precisare, quale sia il primo disturbato.

Quest'ultimo gruppo di edemi richiamerà maggiormente la nostra attenzione perchè le altre forme sopra accennate si potevano eliminare con una certa sicurezza per le indagini da noi fatte. Inoltre la localizzazione dell'edema della nostra paziente ci permetteva di escludere una genesi cardiaca o renale, ed anche un edema da compressione dei tronchi venosi o linfatici.

Come abbiamo già accennato, l'esame generale non dava un appiglio sufficiente che poteva spiegare l'insorgenza dell'edema in questione.

Per trovare quindi l'etiologia di tale edema cronico che, secondo i diversi autori è molto variabile, abbiamo eseguito oltre le indagini generali anche quelle per il sistema endocrino e neuro-vegetativo.

L'esame del sangue ci mostrava una lieve anemia: Globuli rossi 4.100.000; Emoglobina 76 %; Valore gl. 0,92; Globuli bianchi 4000; Neutrofili 65 %; Eosinofili 0,0 %; Basofili 0,0 %; Monociti 11 %; Linfociti 24 %.

Reazione Wassermann (nel sangue) era positiva (++) due anni fa, attualmente dopo un trattamento antiluetico, negativa.

La Reazione Wassermann (nel liquor) era negativa.

La pressione del liquor: 28.

La globulina del liquor assente (Reazione Pandy: negativa).

Pirquet: positiva (+ +).

Radiografia del cranio. L'indagine radiografica con particolare riguardo alla sella turcica, non ha dimostrato a carico di quest'ultima, alterazioni apprezzabili. Si notano soltanto un lieve opacamento dei seni etmoidali di D. e segni di leggero aumento delle pressione endocranica.

Urina: Le indagini chimiche e microscopiche non mostravano niente di notevole.

Prova della diluizione. Mostrava una scarsissima diminuzione del potere di diluizione.

L'inferma eliminava nelle 4 ore dopo l'ingestione di 600 gr. di acqua, 545 cc. di urina.

Il peso specifico più basso è stato di 1005. Si poteva dire per ciò che c'era un lieve ritardo nella eliminazione, con scarsissima diminuzione del potere di diluizione.

La prova di concentrazione.

Il peso specifico più alto era 1029.

Il cloruro nel sangue (Van Dyke) gr. 0,285 % di sangue.

Glicemia (a digiuno) gr. 0,82 ‰.

Pressione oncotica del siero: (Govaerts): 41 cm. di acqua.

Tutte queste indagini ad eccezione della reazione Wassermann, che era positiva, non dimostravano niente di notevole per spiegare lo edema e l'iperplasia sottocutanea.

La R. Wassermann indicava una sifilide che secondo i dati anamnestici probabilmente era da considerare una lues congenita, benchè mancassero i sintomi (la triade di Hutchinson e altri) che spesso accompagnano tale affezione.

Secondo i diversi Autori (H. Meige, Basàn, Florencio e H. Otte, Susini) questa malattia potrebbe essere la causa del trofo-edema.

Ora vogliamo vedere in che modo o per mezzo di che organo o sistema di organi la sifilide abbia potuto provocare questo stato edematoso iperplastico della cute e del tessuto sottocutaneo.

Dato che tutta la superficie del corpo, anche quella non colpita dal trofo-edema, aveva un pannicolo adiposo iperplastico, con cute pastosa, abbiamo pensato ad una alterazione del sistema endocrino, specialmente ad un disturbo di funzione delle glandole tiroide ed ipofisi. Si sa infatti che l'ipotiroidismo può causare una pastosità e succulenza della cute, e pure è conosciuto che una funzionalità alterata della glandola ipofisaria può provocare una ipertrofia del tessuto adiposo.

Hertoghe (*Nouv. Icon. de la Salpêtrière*, 1901) basandosi su quei casi in cui membri della famiglia di soggetti colpiti da trofoedema presentano segni d'insufficenza tiroidea, pensava che sia logico far entrare il trofoedema nelle malattie di insufficenza tiroidea, pur non a-

vendosi giovamento con trattamento di tiroidina.

Parhon, Florian, Goldstein non considerando una causa tiroidea l'unica e determinante, escludevano l'ipotesi di un terreno ipotiroideo. Addivenivano alle stesse vedute Achard, Laignel Lavastine e Thaon.

Il metabolismo basale, che veniva ripetutamente eseguito, era un po' aumentato (fino a 22 %); ciò è interessante perchè la paziente non mostrava nessun altro sintomo ipertiroideo, nè somatico nè psichico; al contrario si sarebbe potuto pensare, come abbiamo accennato, ad una diminuzione di funzione della tiroide. Anche la pressione sanguigna della nostra paziente era bassa; il che si verifica spesso secondo lo Zondek nelle forme di ipotiroidismo. Secondo lo Zondek si avrebbe una forma mista di ipo ed ipertiroidismo: infatti egli spiega ciò con la ipotesi che la glandola tiroide ha varie funzioni incretiche, di cui alcune sono disturbate, altre no; oppure potrebbero essere alterate le une nel senso di un ipertiroidismo, le altre nel senso di un ipotiroidismo. Ciò è provato, sempre secondo la suddetta ipotesi dello Zondek, dall'esistenza di casi di Morbo di Basedow, senza segni di dimagramento, anzi a volte con un tessuto adiposo ben sviluppato. («Hyperthyroidisme grasse» dei francesi).

Anche la prova di Parisot e Richard (Pende) ci mostrava un discreto aumento della funzione della tiroide. Questa prova consiste nell'iniezione di tiroidina in seguito alla quale si ha nei casi di ipertiroidismo una tipica alterazione del rapporto tra la curva del polso e quella della pressione sanguigna minima e massima.

Anche l'ipofisi potrebbe essere la causa dell'iperplasia del tessuto grasso. Ricerche di Lichtwitz, Pende, Zondek, hanno rivelato che la glandola ipofisaria è regolatrice del metabolismo direttamente o indirettamente per mezzo della tiroide.

Inoltre alcuni sintomi sopraccennati, l'insonnia e la stanchezza, la cefalea, fanno pensare all'ipofisi; anche i dolori alle gambe di cui si lamenta la nostra paziente e che non regredirono quasi alla terapia — specialmente nella gamba ammalata — si trovano non di rado nei disturbi ipofisari e sono causati secondo I. Bauer da una osteoporosi.

Le malattie della ipofisi si manifestano a secondo della sede anatomica della lesione con poliuria, deviazione dello sviluppo nel senso del gigantismo o nanismo; questo nel caso che la malattia si inizi nel periodo della crescenza. Nell'adulto invece si osserva acromegalia. Inoltre si possono formare dei disturbi rilevanti del metabolismo: da una parte cachessia — malattia di Simons — dall'altra adiposità caratteristica. Le malattie dell'ipofisi sono spesso collegate a disturbi dell'apparato genitale, nel senso dell'ipogenitalismo. Questo si manifesta specialmente nella distrofia adiposo-genitale, nella quale esiste una adiposità accentuata a lato di una sindrome ipogenitale.

L'adiposità ipofisaria è causata da accumulo di grasso e secondo Zondek da ritenzione di acqua. Il metabolismo basale può essere normale o in modo apparentemente paradosso aumentato (Zondek).

Questa adiposità predilige le regioni delle cosce, delle anche e delle mammelle, inoltre può esistere una adiposità generalizzata.

Le malattie dell'ipofisi sono diagnosticabili per i reperti suddetti, e inoltre, nel caso d'ingrandimento di questa ghiandola si hanno i sintomi locali. Caratteristico è il restringimento del campo visivo, cagionato dalla pressione sul chiasma dei nervi ottici, la deformazione della sella turcica dimostrabile nel radiogramma. Altrettanto dimostrabile è la termo-reazione del Cushing e una ritenzione di acqua di lieve grado nella prova di eliminazione del Volhard.

Ritornando al nostro caso, come abbiamo detto la paziente mostrava segni che facevano pensare ad una affezione ipofisaria. Abbiamo fatto indagini in questo senso e trovato che la termoreazione di Cushing era positiva, cioè dopo l'iniezione di ipofisina, si aveva un rialzo di temperatura (v. curva).

Inoltre c'era anche una modesta ritenzione di acqua nella prova di diluizione del Volhard.

L'ammalata reagiva alla ipofisina con abbassamento rapido del peso del corpo. Il metabolismo basale era fortemente aumentato. L'indagine radiografica del cranio non dimostrava alterazioni apprezzabili della sella turcica.

Siccome abbiamo trovato anche difetto nel funzionamento della tiroide, eravamo in presenza di una insufficienza plurighiandolare.

Prima di valutare tutti questi reperti nel loro rapporto con la patogenesi del trofoedema, riportiamo alcune indagini eseguite per esaminare ancora il sistema neuro-vegetativo.

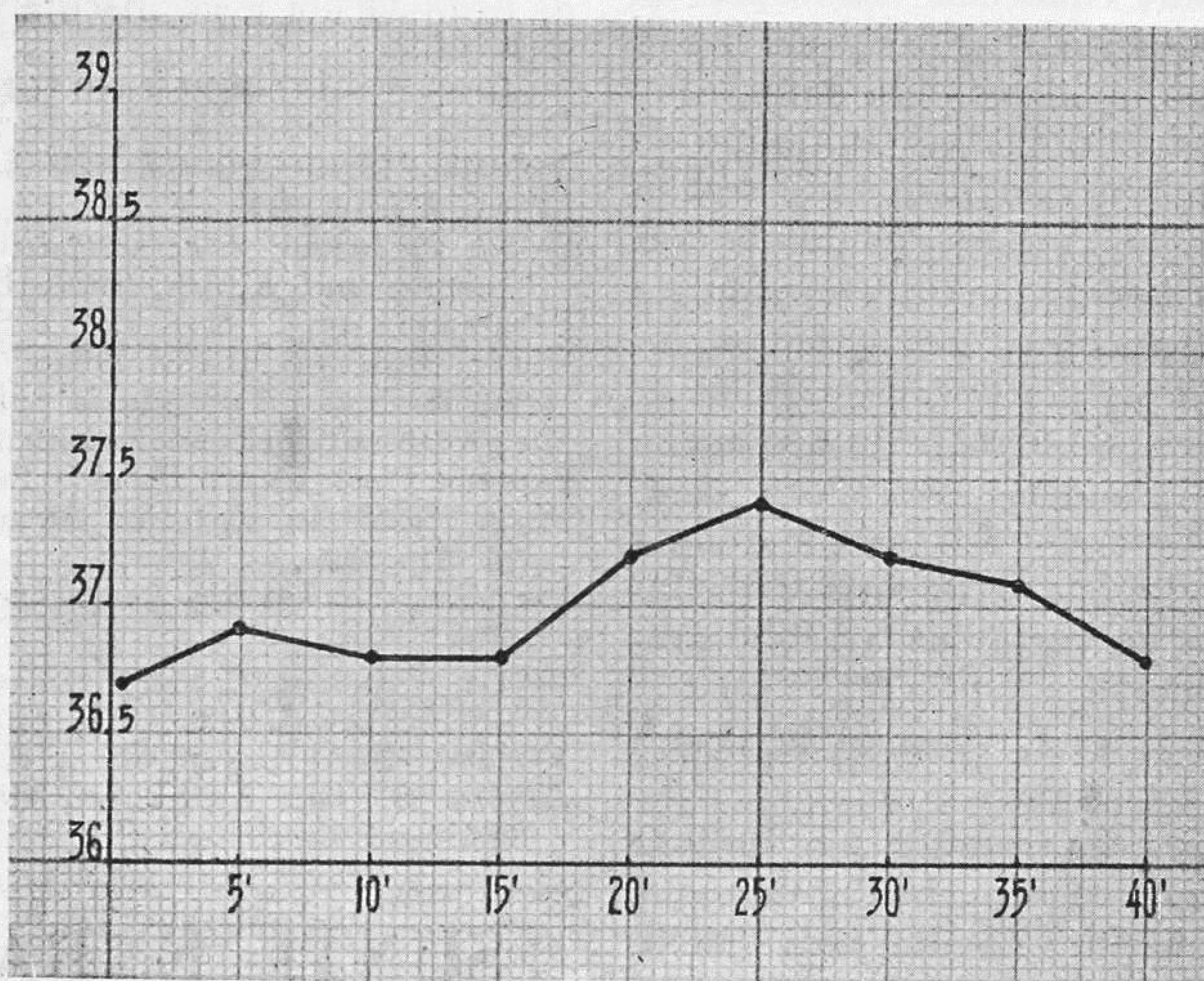
Tenendo presente che secondo le vedute moderne la valutazione delle prove farmacodinamiche spessissimo dà risultati contraddittori, ci siamo limitati a fare la prova dell'atropina e a determinare la curva glicemica in seguito ad una iniezione di adrenalina. (v. curva).

Tutte e due le ricerche, non hanno dato esiti degni di nota.

Anche la calcemia dimostra valori normali. Come si sa nello squilibrio tra il vago e il sim-

patico, si ha spesso uno spostamento della calcemia e rispettivamente della potassiemia. Però di regola, secondo lo Zondek, la potassiemia è quasi sempre più o meno costante, mentre la calcemia è aumentata o diminuita.

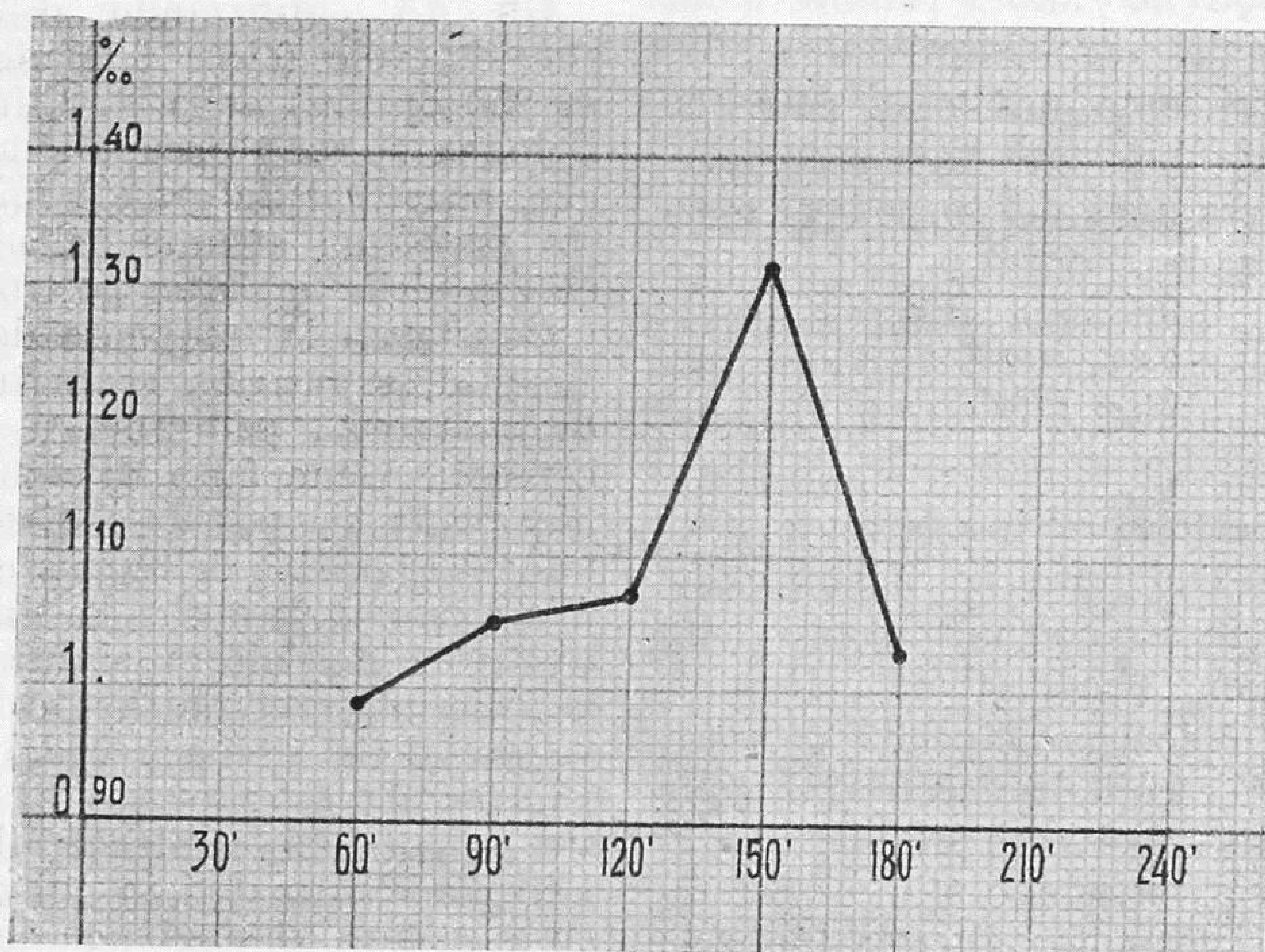
2) c'è un rapporto causale oppure una causa comune, che da un lato ha provocato iperplasia ed edema del sottocutaneo di una intera metà del corpo, e d'altro lato ha cagionato i sintomi generali descritti.



Abbiamo trovato una calcemia di mg. 10,48 per 100 cc. di siero.

Esiti nettamente patologici abbiamo trovato nella capillaroscopia. I capillari erano brevi, tortuosi, e vi era quasi una stasi sanguigna.

Poichè nel nostro caso l'iperplasia descritta quale trofo-edema, rappresenta soltanto una accentuazione di processi che troviamo in grado minore anche nel tessuto sottocutaneo della metà apparentemente sana, non sbaglieremo



Valutando tutti i segni e sintomi suddetti riguardo il nostro caso, ci sono due modi possibili di patogenesi:

1) si tratta di una coincidenza delle varie sindromi indipendenti tra loro;

ammettendo la dovuta importanza di tale constatazione. Supponendo un rapporto causale unico, si possono dare due spiegazioni per la insorgenza della malattia della nostra paziente, l'una basandosi su alterazioni primitive del

sistema endocrino e l'altra su alterazioni primitive del sistema neuro-vegetativo.

1) (Teoria endocrina). La lues congenita. che la nostra paziente aveva con ogni probabilità, potrebbe aver causato la lesione emilaterale di una ghiandola endocrina. Si sa per es. che distrofie unilaterali della tiroide nel senso di un ipertiroidismo, qualche volta danno sintomi soltanto unilaterali. Per es. esoftalmo di un occhio. Così nel nostro caso si potrebbe pensare che in principio era lesa una metà della glandola, questa lesione poi attraverso le vie nervose, (vago-simpatico) avrebbe prodotto un edema e una iperplasia dei tessuti superficiali. Più tardi questo processo avrebbe invaso anche l'altra metà della glandola fino allora sana, benchè in modo minore. Così sarebbe venuta ad instaurarsi una lesione secondaria della intera ghiandola che da parte sua avrebbe prodotto i sintomi generali.

2) Più probabile sarà, secondo la nostra opinione, la Teoria nervosa.

La lues congenita ha causata una lesione emilaterale del simpatico (o anche del vago) nei suoi centri e poichè si ammette oggi (Melli) che il sistema nervoso presiede al trofismo dei tessuti, attraverso fibre, destinate con meccanismo ignoto a questa funzione, per le vie simpatiche e vagale agendo esse sulla permeabilità vasale, sul riassorbimento della linfa e sulla secrezione di questa, sulla vasocostrizione e dilatazione, si potrebbe allora pensare a un disturbo primitivo del vago-simpatico.

Questo disturbo essendo unilaterale potrebbe facilmente cagionare uno stato edematoso iperplastico di una intera metà del corpo, per mezzo del sistema vascolare.

Infatti nella capillaroscopia abbiamo trovato deformazioni dei capillari sopradescritti, che accertano questa teoria di insorgenza dell'edema.

In che modo potrebbero insorgere le alterazioni del sistema endocrino nel nostro caso?

Questo si può spiegare con una ipotesi dello Zondek. Egli suppone che l'attività e l'equilibrio del sistema endocrino dipenda da certi stimoli ora ignoti esercitati dai tessuti sulle ghiandole endocrine. Nel caso di una alterazione dei vari tessuti si hanno stimoli patologici e in seguito si avrà una alterata funzione di una o parecchie ghiandole endocrine.

Secondo questa ipotesi, il trofo-edema potrebbe aver causato nel nostro caso una disfunzione del sistema endocrino: in questo modo sono insorte le manifestazioni generali suddette.

RIASSUNTO.

L'A. prendendo occasione da un caso giunto alla Clinica con diagnosi di elefantiasi, dopo la discussione del caso stesso, facendo alcune considerazioni diagnostiche, pone la diagnosi di trofo-edema e ne discute la patogenesi.

BIBLIOGRAFIA.

ASCHARD. Revue neurol., 1900.
AYALA. *L'Encéphale*, 1913.
BAUER J. *Innere Sekretion, ihre Physiologie, Pathologie und Klinik*, 1927, Berlin-Wien.
HERTOGHE. Nouv. Icon. de la Salpêtrière, 1901.
MELLI. Minerva Medica, 1930.
MEIGE H. Nouv. Icon. de la Salpètriere, 1899.
MILROY. New York med. Journ., 1892.
LAIGNEL LAVASTINE e THAON. Revue neur., 1905.
PENDE. Trattato sintetico di patol. e Clin. Med., vol. II, 1928.
PARHON e GOLDSTEIN. *Les secretions internes*. Maloine, Paris.
RIETTI. Policlinico, Sezione Medica, 1924.
SUSINI M. e CAUSALLON AL. Zlblt f. f. Neur., 1927.
VALOBRA. Nouv. Icon. de la Salpêtrière, 1905.
ZONDEK H. Die Krankheit, der endokr. Drüsen, Berlin, 1913.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Le gastriti croniche.

(S. ZANETTI e G. GUERRIERI D'ANTONA. *La Radiologia Medica*, novembre 1938).

Gli AA. utilizzando il materiale davvero considerevole (circa 600 ulcerosi, di cui più di 250 operati) della R. Clinica Chirurgica di Bologna si sono occupati delle gastriti croniche, attratti dalla grande importanza che questo problema assume nella patologia e nella clinica delle malattie gastro-duodenali.

Constatata la frequenza dell'associazione ulcus-g.-d. e gastrite, senza indagare i rapporti di reciprocità patogenetica tra di loro intercorrenti, viene fatto di domandare come clinicamente sia possibile dissociare le sintomatologie rispettive dell'ulcus e delle gastriti. Gli AA. possono dire che la sintomatologia clinica tipica dell'ulcera si manifesta in casi di vecchie ulcere croniche, callose di tipo Cruvelhier dello stomaco e del duodeno, accompagnate da un processo di gastrite di modeste proporzioni, tendente alla cronicità ed all'atrofia. Nei malati in cui ad una vecchia ulcera cronica si aggiunga un processo di gastrite subacuta, specie ulcerosa od emorragica, l'atipia della fenomenologia clinica si manifesta in modo netto, raggiungendo il massimo nei casi di sola gastrite senza ulcera cronica concomitante.

Mentre ai dati forniti dallo studio del chimismo gastrico vien dato scarso valore, non

sopravalutando d'altra parte il metodo gastroscopico e gastrofotografico, il metodo radiologico rimane sempre il più importante nella valutazione dei problemi digestivi. Infatti lo studio radiologico eseguito a piccolo riempimento per l'esame del rilievo mucoso, per quanto non attuabile in tutti gli individui per ovvie ragioni, dà un notevole contributo alla diagnosi delle gastriti, in prevalenza croniche, dove le alterazioni della mucosa prendono forma e consistenza ben determinate.

Gli AA. con un'ampia e chiara documentazione radiografica espongono i quadri radiologici della gastrite cronica, nella duplice forma di gastrite prevalentemente ipertrofica e di gastrite prevalentemente atrofica, espressioni radiologiche di due aspetti anatomo-patologici ben distinti.

A seconda dell'accentuazione dell'aumento di calibro delle pliche, dell'irregolarità del loro decorso si distingue rad. una forma ipertrofica semplice dalla forma verrucosa o poliposa della gastrite ipertrofica. Le alterazioni gastriche possono essere così diffuse ed intense da occupare tutta la superficie mucosa dal cardias al piloro, con un disordine impressionante del disegno e del rilievo, spesso tale da rendere imbarazzante la diagnosi radiologica di natura. Mentre è più facile mettere in evidenza un quadro di gastrite ipertrofica, bisogna usare molta prudenza nell'ammettere una atrofia della mucosa in base all'indagine radiologica, poichè sono molte le cause che possono simulare la scomparsa del rilievo e dato che dal punto di vista radiologico la gastrite atrofica è un reperto piuttosto raro.

Più frequentemente nella pratica si trovano delle associazioni dei due quadri. e mentre la gastrite atrofica si accompagna quasi sempre a malattie più gravi, quali l'ulcera antrale o piloro-duodenale, al carcinoma dell'antro, la gastrite ipertrofica invece si riscontra più di frequente da sola, ma spesso accompagna anch'essa l'ucera g. d. In casi particolarmente gravi le gastriti si associano ad ulcerazioni multiple della mucosa g. d. realizzando quell'entità nota sotto il nome di gastrite ulcerosa, che spesso radiologicamente passa inosservata, potendosi solo sospettare la sua presenza dalla particolare disorganizzazione del disegno e del rilievo della mucosa. Certo l'accurata indagine radiologica unita alla sistematica osservazione del pezzo resecato in un avvenire non molto lontano renderà più probatoria la diagnosi rad. di gastrite ulcerosa.

Particolare difficoltà diagnostica presenta d'ordinario il quadro che ci mostra il turgore delle linfoghiandole peripiloriche in conseguenza del processo gastritico. In questi casi sopperisce alla difficoltà interpretativa del quadro rad. la stretta sorveglianza clinica, ripetuti esami rad. di controllo, l'intuito clinico.

Anche dallo studio della mucosa in individui operati sullo stomaco si possono ritrarre chiari segni di alterazioni che vanno dalla semplice ipertrofia ed irregolarità delle pliche mucose perianastomotiche fino alle alterazioni gastritiche diffuse con perigastrite lacunare e con digiunite, con notevole vantaggio del p., al quale, individuato il quadro gastritico, si possono evitare le noie dell'ulcera peptica postoperatoria intervenendo con adeguata terapia.

L'indagine radiologica non si arresta alla sola funzione diagnostica, ma perchè il quadro radiologico è l'espressione di un determinato aspetto anatomo-patologico, essa è capace in determinate circostanze di indicare o controindicare al chirurgo la sua condotta terapeutica.

All'esame macroscopico dei pezzi le lesioni offrono vari aspetti: dallo stato mammellonare della mucosa, alla forma pseudopoliposa, al piloro rosso con infiltrazione della mucosa e marcata dilatazione dei vasi della sottomucosa, al quadro infine della gastrite ulcerosa.

Accurate ricerche istologiche hanno messo in evidenza le note di una epitelite desquamativa, raramente con tendenza alla evoluzione verso la forma erosiva, associata a notevoli fatti proliferativi espressione di una rigenerazione esuberante. Il corion della mucosa è più o meno infiltrato di plasmacellule e di linfociti, dei leucociti prevalgono gli eosinofili.

Aumento numerico e iperplasie dei follicoli linfatici, edema ed infiltrazione della sottomucosa, note di metaplasia intestinale ecc. ecc. Erosione emorragica, ulcerazioni più o meno estese, con tendenza ad approfondirsi fino ad interessare la muscolaris mucosae. Per quanto meticoloso sia stato il loro studio agli AA. non è mai riuscito mettere in evidenza il passaggio dalla ulcerazione e semplice superficiale di Konjetzny, all'ulcera di Cruvelhier. Hanno anche essi riscontrato che la gastrite accompagna l'ulcera nel 100 % dei casi, senza per altro interessarsi sulla primitiva origine della lesione.

Dall'insieme delle indagini radiologiche, cliniche, anatomopatologiche scaturiscono delle utili considerazioni dal punto di vista della terapia.

Per quanto i casi di sola gastrite non siano di stretta pertinenza chirurgica, tuttavia alcuni di questi casi particolarmente gravi, quali i casi di gastrite ulcerosa, ritraggono dalla operazione chirurgica notevole e persistente beneficio. I casi di ulcere tipiche o atipiche accompagnati da forme più o meno gravi di gastrite cronica vengono trattati chirurgicamente secondo modalità tecniche inerenti alle necessità del caso, tenuto sempre ben presente il valore della indagine radiologica che se da una parte permette di rilevare i quadri patologici della mucosa gastrica isolati o associati ad altre entità morbose, dall'altra permette una valutazione abbastanza fedele della estensione e della entità della lesione e pone di conseguenza condizioni precise sul momento più opportuno dell'intervento chirurgico.

P. OTTONELLO.

Contributo allo studio del muco gastrico.

(C. BONORINO UDAONDO-H. ZUNINO. *Archivio It. malattie app. digerente*, novembre 1938).

Gli AA. fanno uno studio d'insieme sulla funzione del muco allo stato normale e nelle affezioni gastriche per stabilire con deduzioni personali la vera portata di un metodo di trattamento attualmente molto in voga.

La superficie interna dello stomaco è totalmente tappezzata da cellule secernenti una sostanza muco-albuminosa che chimicamente corrisponde al gruppo delle mucine con le reazioni e caratteristiche dei glico-proteici. Da analisi effettuate anche da altri autori, pare possa dedursi che lo stomaco secerne due varietà di muco che, secondo Webster e Komarov, Necheles e Coyne, si differenziano per due caratteri chimici: il filamentoso o visibile che probabilmente viene dalla superficie cellulare e che funge da protettore della mucosa aderendo alla zona di produzione, e quello disciolto o invisibile che nasce dalle cellule mucoidi dell'apparato ghiandolare e che difende la mucosa contro l'azione dell'acido cloridrico. Alcuni autori suggeriscono che la seconda varietà di muco possa essere un prodotto disciolto della digestione dell'altra varietà.

L'azione protettrice del muco è tanto maggiore quanto più acido è il mezzo.

Numerose sostanze vengono adoperate dai vari autori per stimolare la secrezione del muco gastrico ai fini delle prelevazioni per studio; gli AA. hanno adottato l'eccitazione istaminica, che eccita non solo la secrezione mucosa ma anche quella acida e quella di fermenti, per stabilire la loro correlazione nelle curve secretorie normali e patologiche. La tecnica usata dagli AA. è la seguente: a digiuno si effettua un sondaggio per via nasale, si estrae il contenuto e si inietta in seguito l'istamina, effettuandosi l'estrazione frazionata. In ogni esperienza si dosano gli elementi acidi, l'indice peptico ed il muco. Per il dosaggio del muco gli AA. trovano più esatte le concentrazioni che non superano l'1 ‰. Dai risultati ottenuti in 31 casi gli AA. deducono che nei succhi raccolti a digiuno le concentrazioni più elevate di muco si presentano in contenuti anacidi, con debole reazione all'istamina e che le proporzioni tendono a decrescere a misura che i valori dell'acidità si elevano.

Per stabilire la concentrazione mucinica della secrezione gastrica dopo l'eccitazione istaminica gli AA. hanno effettuato analisi ripetute in 55 soggetti che apparentemente non offrivano segni di malattie gastriche: i risultati permettono di affermare che le oscillazioni della curva di muco nel ciclo secretivo seguono un certo ritmo; che le concentrazioni massime si ottengono durante il periodo interdigestivo e la prima mezz'ora della secrezione; decrescono insieme con l'aumento delle curve acide e peptiche per elevarsi nuovamente, ma in grado minore, che al principio alla fine del periodo secretivo.

Gli AA. fanno una rassegna bibliografica dei lavori dedicati a chiarire il meccanismo d'azione del succo gastrico; da tale rassegna si trova mancanza di armonia delle conclusioni, da attribuirsi alla diversità dei metodi sperimentali utilizzati.

Da alcune ricerche personali compiute, gli AA. arrivano alle seguenti conclusioni:

1) il muco nel dissolversi fissa l'idrato di soda in piccole proporzioni;

2) il muco in polvere non fissa acido cloridrico;

3) l'azione protettrice del muco in presenza della pepsina è nulla e di fronte agli alcali e agli acidi agisce come sostanza tampone.

L'influenza protettrice chimica è quindi praticamente disprezzabile in rapporto alla fisica.

Gli AA. passano ad esaminare le possibili anomalie delle curve nei processi ulcerosi gastro-duodenali, di grande interesse per l'importanza attribuita da molti autori al muco nella genesi di detta malattia; gli AA. si limitano a riferire solo i risultati ottenuti con il dosaggio del muco gastrico in 14 ulcerosi gastro-duodenali.

In 5 di questi si effettuò lo studio completo della curva secretoria mediante l'estrazione frazionata; nelle restanti si effettuarono le misure a digiuno da 30 a 60 minuti fino a 2 ore.

Dai risultati ottenuti gli AA. deducono che il ritmo delle concentrazioni di muco durante i periodi digestivi ed interdigestivi si differenzia poco da ciò che succede in condizioni fisiologiche e cioè le caratteristiche secretorie hanno maggior influenza della lesione organica.

Poichè nella maggior parte delle ulcere gastriche e duodenali predomina un tipo di secrezione iperacida e iperpeptica, la concentrazione della mucina è pertanto bassa; nelle ulcere achiliche la mucina è sempre elevata.

Gli AA. rimandano ad una seconda memoria le considerazioni sugli aspetti più specializzati dell'assunto. S. F.

SISTEMA NERVOSO.

Ipoglicemia e terapia convulsiva nella schizofrenia.

(H. H. REESE. *The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 11 febbraio 1939).

L'A. ha studiato 173 casi ricoverati in ospedale sui quali fu praticata la shockterapia dopo aver fatto degli esami completi clinici e di laboratorio. Egli cominciò con dosi di 60 unità di insulina, aumentando da 10 a 30 uni-

tà al giorno fino a 70-240 (dose di shock). Una crisi convulsiva non è sempre di prognosi cattiva. Il coma non deve durare più di due ore e mezza o tre ore e il periodo totale di ipoglicemia non deve superare le 6 ore. Il paziente deve essere tenuto caldo e messo in condizioni di poter respirare liberamente. Il periodo pericoloso comincia da 1 ora e mezza a due ore dopo l'iniezione di insulina.

La terapia convulsivante col metrazol richiede un sistema polmonare, cardiaco e osseo robusti. Questo medicamento nel 33 % dei casi non produce convulsioni. Non si deve adoperare nelle persone agitate e combattive, perchè l'emozione può produrre in esse una pericolosa ipertensione. L'A. ha seguito il consiglio di Georgi di dare una dose shockizzante di insulina e iniettare il metrazol dopo due ore di ipoglicemia. Così le convulsioni compaiono quando l'ipoglicemia è più marcata e l'alcalosi più elevata e si possono ottenere con una dose minore di metrazol. Le convulsioni poi interrompono lo stato ipoglicemico.

Tutti i malati di schizofrenia devono essere sottoposti prima ad una cura insulinica e solo se questa non giova si ricorrerà anche al metrazol.

I dati di guarigione dell'A. non raggiungono le cifre indicate da altri. Mentre Dussik e Sakel dànno il 70 % di remissione, Muller il 57 %, Kneppers il 39 % di remissione e il 40 % di miglioramento per malati da meno di un anno, egli ha avuto completa remissione nel 27,7 % coll'insulina, nell'8,1 % col metrazol, remissione sociale nel 10 6 % e 2,7 % rispettivamente, miglioramento nel 14,9 % e 21,6 % e nessun miglioramento nel 46,8 % e nel 67,6 %.

Per quanto riguarda il meccanismo di azione dell'insulina bisogna ammettere che interessi il ricambio dei carboidrati. Mentre la glicolisi cerebrale riguarda il destrosio, quella muscolare interessa il glicogeno. L'insulina blocca la mobilizzazione del glicogeno nel cervello, nel fegato e nei muscoli e si avrebbe un'ipoglicemia tossica se l'organismo non potesse formare zucchero dai grassi, dai lipidi e dalle proteine. Le reazioni tossiche possono essere evitate seguendo la ipoglicemia.

Una scoria del metabolismo idrocarbonato, il triosimetilgliossal, può essere la causa dei disturbi neurologici e psichici durante la shock-terapia insulinica, perchè questa sostanza, iniettata in piccolissima quantità ad animali, ha provocato eccitabilità psicomotoria, distorsioni toniche, salivazione, incontinenza.

L'A. conclude il lavoro mettendo in evidenza l'efficacia di queste cure nella schizofrenia e la necessità che esse siano iniziate precocemente e fa notare che non si può, attualmente, dare un giudizio sicuro sulla durata delle remissioni ottenute.

L.

**

Edema polmonare ed embolia quale complicazione dello shock insulinico nella cura della schizofrenia.

(NIELSEN J. M., INGHAM S. D. e VON HAGEN K. O. *Journal of American Medical Association*, 31 dicembre 1938).

I danni dello shock insulinico nel trattamento della schizofrenia non sono stati ancora sufficientemente messi in luce, sia a causa della scarsa mortalità, sia perchè la malattia che si vuol curare è priva di ogni speranza di guarigione, e quindi poco considerati sono i rischi di modica entità a cui espone la sua cura.

I buoni risultati clinici ottenuti con lo shock insulinico dipendono dalla profondità e dalla durata del coma; non è sufficiente ottenere soltanto un leggero stato di stupore o un lieve coma e interromperli con la somministrazione di destrosio per os o intravena: in questo modo si può stare tranquilli per la vita del malato, ma non si raggiungono che magri risultati. È necessario invece ottenere un coma profondo e prolungarlo fino ai limiti compatibili con una ragionevole ripresa. In generale, i risultati sono proporzionali all'entità dei rischi.

Gli effetti dell'insulina non si possono misurare meccanicamente o chimicamente: solo l'aspetto clinico deve guidare il medico nel decidere l'interruzione del coma. Non sempre la somministrazione di destrosio tronca lo stato comatoso; un altro elemento è necessario, il tempo; tempo che varia da malato a malato e da giorni a giorno, nello stesso malato. Gli AA. non conoscono nessun sistema per poter pronosticare questo tempo. In tre casi hanno dovuto attendere rispettivamente 16, 20, 23 ore; durante questo tempo le condizioni del malato erano buone, non cianosi, non tachicardia, non dispnea.

Sopravvenendo invece l'edema polmonare in questo periodo di tempo in cui le cellule nervose sono ancora, con le modificazioni in esse prodotte, in uno stato di irreversibilità, il prolungarsi del coma deve essere considerato come una complicazione.

Gli AA. riportano tre casi di edema polmonare durante lo shock insulinico, il primo alla settima applicazione, il secondo alla trentunesima, il terzo alla settima, tutti risoltisi felicemente e curati con varie sostanze e con vari mezzi: atropina, coramina, epinefrina, inalazioni di ossigeno-anidride carbonica, respirazione artificiale con l'apparecchio « pneumotor. », mettono in evidenza la grande variabilità di risposta del soggetto secondo i giorni e la difficoltà di giudicare quale sia il mezzo migliore per ottenere la ripresa della coscienza.

In un quarto caso i disturbi notati vengono

riferiti ad embolia polmonare, sebbene la sorgente dell'embolia non si sia potuta stabilire con certezza ma solo sospettare, ammettendo un fatto trombotico nella vena del gomito si era praticata una iniezione di destrosio al 50 %.

In tutti i casi si è poi potuto continuare il trattamento insulinico con buoni risultati clinici.

Di casi simili a quelli riportati, gli AA. ne hanno notato 26 (su un totale di circa 1200 trattamenti) di cui 4 estremamente gravi.

M. RASTELLI.

L'astenia. Stato attuale della questione.

(R. BENON. *Journ. des praticiens*, 18 febbraio 1939).

La parola astenia è eccezionale negli scritti di Ippocrate, il quale però aveva indicato l'esistenza di malattie esaurienti e senza lesioni, malattie delle quali Galeno ha fatto poi il gruppo dell'ipocondria. Nel XVIII secolo Boissier de Sauvage pel primo ha trattato diffusamente dell'astenia, di cui ha distinto due tipi: quella delle malattie infettive e quella non infettiva o dinamica. Egli però considera questa malattia come una sindrome soltanto motoria. Nel secolo XIX Esquirol descrive come « demenza » una sindrome che ha molto di quella astenica. Gli allievi di Esquirol parlano poi di « stupidità ». Una diecina di anni dopo la morte di Esquirol compare l'espressione « confusione intellettuale », poi quella di confusione mentale.

Nel 1868 o 1869 Beard lancia la parola « nevrastenia », che ha avuto grande fortuna. Da essa poi si sono successivamente separate le ossessioni-fobie, che furono comprese nell'espressione « psicoastenia ». Ma continuano ancora confusioni con altri stati depressivi e malinconici e si discute se può esistere un'astenia, muscolare senza astenia psichica, se c'è cioè un'amiostenia senza ipoideazione.

Il Benon ha dedicato all'argomento una recente monografia. Egli segnala specialmente l'importanza nella psichiatria umana di diverse gamme di inibizione mentale, che vanno dal bradipsichismo allo stupore. C'è una varietà di inibizione mentale che riguarda la volontà e che porta precisamente alla sospensione dell'iniziativa motrice. Il malato si sente stanco, ha la testa vuota, ha perdita dell'iniziativa motrice e della forza muscolare. Certamente ci sono molti punti di contatto fra confusione mentale, amiostenia e astenia psichica.

L.

INFEZIONI.

Sulla streptotricosi.

(PETZETAKIS M. *Presse Méd.*, 20 dic. 1938).

La descrizione clinica di tre casi di streptotricosi, e di dati sperimentali riferentisi alle streptotricee da essi isolati, danno modo all'A. di svolgere un'interessante trattazione riassuntiva delle streptotricosi.

Discutibile, e certo non chiaramente documentata, è tutta la parte batteriologica, specie nei riguardi della sistematica: viene ancora seguita la distinzione ormai superata tra actinomyces e streptothrix, e viene descritto il germe isolato come appartenente al tipo delle streptotricee anaerobie, senza fare cenno di tutta la ricca bibliografia riguardante gli attinomiceti anaerobii (Actinobacterium israeli), a cui probabilmente le streptotricee isolate dall'A. si devono ricondurre.

Di notevole interesse sono le osservazioni cliniche: l'A. descrive innanzitutto una forma a localizzazione polmonare, che può evolvere verso l'esito ulceroso (formazione di caverna), con possibili complicazioni pleuriche di tipo empiematico, o verso l'aspetto broncopneumonico. Sia nell'un caso che nell'altro è di grande importanza la distinzione con la tubercolosi polmonare, che può apparire tanto più delicata quando si conosca che nell'espettorato dell'attinomicosi si possono avere forme batterioidi, parzialmente o totalmente acido-resistenti e con aspetto granulare, e quindi facilmente confondibili con bacilli tubercolari, e che la sintomatologia con emottisi, febbre, lesioni cavitarie può facilitare la confusione.

Interessanti appaiono perciò gli elementi differenziali, sui quali l'A. insiste: e cioè la fetidità dell'espettorato; il comportamento della febbre, più violenta che nella tubercolosi, spesso di tipo remittente o intermittente, frequentemente preceduta da brividi e con andamento ondulante, a poussées successive, distanziate talora da periodi anche lunghi di apiressia; i caratteri radiologici, con assenza di calcificazioni e con rarità od assenza di reazione fibroconnettivale, anche intorno a lesioni chiaramente cavitarie; la leucocitosi più o meno elevata (fino a 40.000) con polinucleosi.

Un'altra forma clinica degna di essere tenuta presente, anche se certamente non tra le più frequenti, è questa descritta dall'A. come forma linfoghiandolare: in essa la compromissione di numerose linfoghiandole, che non presentando evidenti zone di fluidificazione, possono rimanere l'una dall'altra isolate, accompagnata dalla già descritta febbre di tipo ondulante, possono far sorgere il dubbio diagnostico con altre linfopatie, e specie col linfogranuloma di Hodgkin.

È da sottolineare che l'episodio febbrile viene interpretato dall'A. come sostenuto da setticemie passeggere (streptotricemia), accompagnate da congestioni viscerali o da nuove localizzazioni; ed inoltre che nei reperti anatomo-patologici sia umani che sperimentali vengono spesso a mancare quelle lesioni nodulari od ascessuali, che nelle attinomicosi sono comunemente considerate tipiche.

Quanto alla terapia jodica, che deve essere sempre tentata (joduro di potassio a forti dosi per os e lipiodol per iniezioni), bisogna tenere presente che essa spesso fallisce nelle localizzazioni viscerali della streptotricosi, la quale deve essere perciò ritenuta malattia grave, ed a prognosi incerta e spesso infausta.

F. MAGRASSI.

La cura delle infezioni pneumococciche dei neonati e dei bambini con sulfapiridina.

(H. L. BARNETT, A. F. HARTMANN, A. M. PERRY, M. B. RUOFF. *The Journal of the Am. Medic. Assoc.*, 11 febbraio 1939).

Nel maggio 1938 il Whitby riferì di esperimenti dai quali risultava che la sulfapiridina (2, p. aminobenzenesulfonamido pirina) è chemioterapeuticamente attiva nell' infezione sperimentale dei topi con pneumococchi tipo I, II, III, V, VII, VIII e in modo particolare contro i tipi I, VII e VIII. L'azione della sulfapiridina è uguale a quella della sulfanilamide contro gli streptococchi emolitici e i meningococchi.

Il Wim trovò che la dose letale della sulfapiridina è quattro volte superiore a quella della sulfanilamide e che inoltre la prima sostanza è meno tossica sul sistema emopoietico perchè non provoca, come l'altra, eliminazione di porfirina urinaria.

Altri autori confermarono questi fatti.

Telling e Oliver pubblicarono un caso di polmonite tipo III massiva guarita colla sulfapiridina e successivamente Evans e Gaisford pubblicarono una statistica comparativa di 100 casi di polmonite curati con questo medicamento e 100 casi di controllo concludendo per una benefica efficacia di questa sostanza. A questa statistica aggiunsero 40 casi di broncopolmonite dei bambini.

Gli AA. curarono con sulfapiridina 14 bambini con polmonite (di cui 3 complicati da empiema e 1 da pericardite purulenta), 4 casi di bronchite, 3 di peritonite pneumococcica, uno di meningite influenzale e uno di endocardite da streptococcoviridans. Essi non si preoccuparono di attendere il responso batteriologico per iniziare la cura alla scopo di poterla comunque iniziare precocemente.

Le curve termiche dei polmonitici hanno dimostrato una caduta della temperatura entro 28 ore dall'inizio della cura; però la caduta della temperatura comparve sempre in un periodo nel quale poteva avvenire anche spontaneamente.

Nei due casi che si complicarono con empiema, questo comparve a cura già iniziata ed ebbe il decorso solito, con guarigione dopo intervento chirurgico. Si trattava di pneumococco I come nel caso di pericardite che ebbe esito in guarigione.

Anche i casi di bronchite ebbero brusca caduta della febbre. I casi di peritonite pneumococcica guarirono essi pure. Il caso di endocardite da viridans ebbe caduta della temperatura e sterilizzazione del sangue (il che non avviene colla sulfanilamide). Nessuna efficacia dimostrò il medicamento nella meningite influenzale.

La sulfapiridina ha avuto in qualche caso azione tossica manifestatasi con cianosi, nausea, vomito e eruzioni cutanee, ma con intensità e frequenza minore della sulfanilamide.

Essa è assorbita più rapidamente ma eliminata più lentamente della sulfanilamide.

Negli adulti Whitby consiglia di dare 5 gr. nelle prime 12 ore. Gli AA. diedero 0,15 gr. ogni 4 ore nei bambini fra 1 e 3 mesi di età, gr. 0,30 ogni 4 ore in quelli da 6 mesi a 1 anno, gr. 0,30 ogni 3 ore nei bambini di 2 anni, gr. 0,60 ogni 4 ore nei bambini di 5 anni e gr. 0,90 ogni 4 ore nei bambini di 12 anni.

Ai casi descritti dettagliatamente gli AA. devono aggiungere 56 casi di cui trattano sommariamente (26 di polmonite, 2 bronchite, 4 di meningite, 2 di peritonite e 7 di malattie varie).

Marshael e collaboratori consigliano di somministrare il sale sodico della sulfapiridina per via rettale in soluzione al 2 % per evitare le nausee e il vomito.

Vanno ricordati due casi della letteratura inglese in cui si ebbe agranulocitosi nel decorso della cura. In uno di questi casi la dose di sulfapiridina era stata di gr. 80,9 data in 17 giorni.

L.

A fianco delle paracheratosi dermatosi da sensibilizzazione non esistono delle psoriasi malattie da ultra-virus?

(A. DESAUX e H. PRÉTET. *Presse Médicale*, 22 febbraio 1939).

Gli AA. riferendosi alle ipotesi già formulate in un lavoro da loro eseguito nel 1935 si domandano se a fianco delle paracheratosi dermatosi da sensibilizzazione non esistano delle psoriasi malattie da ultra-virus.

Infatti sia clinicamente che istologicamente la reazione cutanea delle psoriasi riveste un carattere infettivo e, malgrado l'aspetto istologico che fa sorgere l'idea d'una infezione che colpisca l'epidermide profonda, non si è potuto scoprire nessun microbo visibile.

Ci si può allora domandare se la psoriasi non entri nel gruppo delle epiteliosi da ultra-virus.

Partendo dall'ipotesi già formulata da uno di loro nel 1935 che « si può supporre che gli ultra-virus provochino certe affezioni epidermiche, come la psoriasi », gli AA. hanno preparato un estratto, glicerinato e filtrato su candela, di squame e di epidermide profonda.

Tale estratto, anierobico, iniettato per via intradermica, ha determinato in alcuni psoriaci lo sbiancamento.

I recenti lavori di Gaté e Delbos confermano tali risultati terapeutici e sembrano rinforzare l'ipotesi del ruolo d'un ultra-virus nell'etiologia di certe psoriasi. Secondo i suddetti AA. la sostanza attiva dell'estratto glicerinato di squame e di epidermide psoriache è ultrafiltrabile e la sua attività scompare con la tindalizzazione. Essi notano il cessare dell'azione terapeutica dell'estratto oltre la 20ª iniezione.

Gli AA. osservano che sia gli esperimenti su animali che la terapeutica dovranno tener conto di tre fattori etiologici: la causa occasionale (traumatica, tossica, allergica, infettiva, ecc.); l'ultra-virus; il terreno.

L'azione delle iniezioni dell'estratto glicerinato è sembrata molto più rapida se associata a terapia combattente la causa occasionale e ad un trattamento capace di modificare il terreno (ormonoterapia, trattamento dei disordini della nutrizione, ecc.).

Gli AA. concludendo affermano che i fatti concorrono nel mantenere l'ipotesi della psoriasi malattia da ultra-virus. S. F.

MEDICINA DI GUERRA.

Il trattamento delle grandi emorragie nella zona di guerra.

(MAISONNET e BARTHÉLEMY. *Bull. de l'Acad. de Médec.*, 103° anno, 3ª serie, n. 6, 14 febbraio 1939).

Il problema della cura delle grandi emorragie nella zona delle operazioni è uno dei più gravi che deve risolvere la chirurgia di guerra. Ci sono tre condizioni che possono minacciare di morte un ferito con emorragia: 1) il caso più comune: c'è una lesione di un'arteria di medio calibro, senza che si sia potuto arrestare l'emorragia (p. e. emorragia interna) e per molte ore il ferito rimane senza soccorso anche perchè l'intensità del bombardamento non permette l'evacuazione dei feriti; 2) una lesione di una grossa arteria può essere grave per l'abbondanza e la rapidità della perdita sanguigna sebbene si sia potuto sul posto fare un'emostasi provvisoria e poi trasportare il ferito; 3) un ferito ha dato varie lesioni ma di per sè non grave, ma che acquista gravità solo per l'emorragia lenta e profusa che si è avuta da tutte le ferite complessivamente, perchè il soccorso è stato tardivo.

In tutti i casi, le direttive terapeutiche sono queste: obliterare le ferite vascolari che hanno dato origine all'emorragia e ristabilire la pressione sanguigna caduta per la perdita subìta.

Gli AA. riferiscono dettagliatamente il comportamento da seguire secondo la regione ferita.

Ferite degli arti: arteria lesa di medio calibro: applicazione immediata sul terreno di un laccio a monte della ferita. Al posto di medicazione applicare una medicatura compressiva e al più presto inviare il ferito ad un'ambulanza chirurgica, dove sarà fatto lo sbrigliamento e l'emostasi.

Se l'arteria ferita è di grosso calibro la possibilità di salvezza per il ferito risiede solo nella fortunata presenza di un medico o di una persona esperta che occluda col dito l'arteria sanguinante in attesa che un'altra persona applichi un laccio a monte.

Ferite del collo e del tronco: se l'arteria interessata è di medio calibro e la fasciatura compressiva insufficiente, c'è solo possibilità di salvarsi se giunge prestissimo un medico che. sbrigliata la ferita, applichi una pinza emostatica a permanenza, senza preoccuparsi dell'anestesia nè troppo dell'asepsi (è bene per questo che i medici siano forniti di bisturi e pinze sempre sterili).

Emorragie interne: per queste si può solo disporre d'urgenza il trasporto del ferito, non potendo in nessun modo provvedere sul posto.

Ferite multiple: medicature compressive e trasporto d'urgenza del ferito.

Per la cura generale si provvede colla trasfusione sanguigna e colla sieroterapia.

La trasfusione si può fare all'ambulanza chirurgica, ma volte volte è necessario farla sul posto. L'intervento sul posto può essere ostacolato perchè si può non essersi premuniti di sangue conservato o per un'offensiva avversaria imprevista o per l'impossibilità di accumulare in prima linea delle riserve di sangue conservato. Nella recente guerra di Spagna, tipica guerra di posizione, l'uso del sangue conservato ha reso grandi servigi.

La sieroterapia riguarda l'uso di siero artificiale, che è di due tipi: soluzione salina fisiologica e soluzione salina gommata. La fleboclisi può essere fatta anche sul luogo dove giace il ferito. Se la perdita di sangue supera il 42 % della massa sanguigna totale non si può salvare il ferito anche usando soluzioni saline endovenose. Il siero di Normet (che contiene oltre la soluzione fisiologica anche citrato di sodio, calcio, magnesio, ferro e manganese) è più efficace della soluzione fisiologica semplice.

La soluzione gommosa di Bayliss contiene 60 gr. di gomma arabica in un litro di soluzione fisiologica. Essa ha il beneficio di impedire il fenomeno di esosmosi permanente a livello dei capillari. Il suo uso ha efficacia terapeutica nettamente superiore alla soluzione fisiologica semplice.

Ogni formazione sanitaria militare che deve accogliere feriti di guerra deve possedere una forte riserva di ampolle di siero di Normet e di siero di Bayliss e, all'annunzio di una imminente offensiva, deve essere fornita anche di riserve di sangue conservato da utiliz-

zarsi in otto giorni e che va conservato in apparecchi frigoriferi.

L'utilizzazione di questo materiale va regolata come segue: ai feriti anemizzati profondamente ma con polso percettibile siero policitratato, ai feriti dispnoici con polso appena percettibile siero di Bayliss o sangue conservato. Ai feriti che peggiorano nonostante il siero policitratato si inietterà il siero di Bayliss o sangue conservato. L.

La trasfusione sanguigna in tempo di guerra.

A. Gosset, E. Levy-Solal ed A. Tzanck. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 7 febbraio 1939). Gli AA. espongono i risultati dei loro studi sulla organizzazione della trasfusione in caso di guerra. Stabilito subito che può essere utilizzato soltanto *sangue conservato* sorgono i problemi del prelevamento, del trasporto e della trasfusione propriamente detta.

Il sangue viene prelevato, mescolato nella dose opportuna col citrato di sodio, ossigenato e infine messo in ampolle da 250 cc.: queste vengono poste in scatole con cartone ondulato il quale è capace di conservare il freddo per parecchie ore dopo il ritiro dalla ghiacciaia.

Il trasporto deve essere il più rapido e soprattutto il più diretto possibile. L'utilizzazione è facile e pratica.

Gli Autori si sono occupati soprattutto di creare una organizzazione capace e stabile la quale attraverso centri collegati funzioni anche in tempo di pace in modo che, al momento opportuno, possa entrare in funzione senza indugi. Tale organizzazione descrivono in tutte le sue parti illustrandone le finalità e l'utilità. F. Tosti.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

M. Carrara, R. Romanese, G. Canuto, C. Tovo. *Medicina legale.* Vol. II, parte prima. Un vol. in-8° di 533 pagg. con 125 figg. in nero e colori, rilegato. Unione tip. ed. Torino, 1938. L. 90.

Si inizia con questa prima parte il secondo volume di questo eccellente trattato di medicina legale. La classica asfissiologia forense è svolta dai proff. Carrara e Romanese, con l'aggiunta delle altre cause affini di danno fra cui, oltre alle influenze termiche e di pressione, sono da menzionare i danni da elettricità di cui il numero andrà sempre crescendo con la diffusione di questa sorgente di energia.

All'esauriente trattazione sull' infanticidio (prof. Romanese), segue un ampio capitolo dei proff. Carrara e Canuto riguardante le disposizioni della legge penale sul danno nella persona, allo scopo di dare al medico un'idea chiara dei principi e dei concetti fondamentali giuridici, di cui il medico legale deve avere sicura conoscenza, per meglio inquadrare il suo giudizio tecnico.

Una branca importante che si è venuta aggiungendo alla medicina legale è quella della medicina delle assicurazioni, che viene qui svolta dal prof. Tovo, con la competenza che gli dà la lunga pratica in materia. Egli vi tratta l'assicurazione degli infortuni sul lavoro e sulle malattie professionali, esaminandone partitamente i principi basali della causa violenta e dell'occasione di lavoro e dando le norme per la valutazione del danno e per l'esame dell'infortunato. Sono trattate a parte le assicurazioni sociali, l'igiene del lavoro e la medicina assistenziale e sociale, per cui il nostro Paese ha un complesso organico di disposizioni di alta importanza sociale. *fil.*

E. Polichetti. *Tumori dell'ipofisi e loro cura.* Bologna, L. Cappelli, editore. L. 35.

Da quando il Bayer molto vagamente e poi, in forme meglio definite, il Marie P. misero in evidenza una sindrome ipofisaria, che acquistò particolare significato clinico nella definizione etiopatogenetica dell'Acromegalia, nota già in Italia per opera del Lombroso, del Taruffi e del Verga; da quando le ricerche fisiologiche, incalzanti nell'appassionato studio dell'endocrinologia, rivelarono la particolare nobiltà della glandola con i suoi molteplici ormoni, per cui fu detta « totipotente » e « glandola maestra », si accrebbe il fervore degli studi, delle ricerche, delle osservazioni sulla sua anatomia, la sua fisiologia normale e patologica, sulle sue alterazioni neoplasiche, e specialmente sulla terapia delle sue sindromi.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Raccogliere, fondere questo estesissimo campo di dottrine e di esperimenti, è opera quanto mai ardua, ma pur tuttavia ad essa molti si accinsero, e recentemente, raggiungendo come nessun altro lo scopo, il Polichetti vi dedicò una particolare attenzione, condensando la sua e l'altrui esperienza in un lavoro che è libro di coltura e di consultazione, di studio e di ammaestramento. In esso alla dottrina vasta e chiaramente sintetizzata si associa un dotto e sperimentale indirizzo di tecnica operativa, che rappresenta la finalità chirurgica del lavoro, che è quello di un esperto seguace di due grandi maestri, il Giordano e il Fasiani.

La preparazione tecnica presuppone quella clinica, ed è per ciò che precede alla parte nettamente chirurgica un quadro patologico e nosografico dei tumori ipofisari, a cui il libro è dedicato nel titolo e nella parte più rilevante del contenuto. Esso è trattato con quella speciale chiarezza di concetti e di stile, che è pregio non ultimo della intera opera, e per se stesso può costituire, nella accurata disamina delle varie sindromi, una eccellente guida diagnostica anche per un medico non troppo addestrato nella speciale materia.

La terza parte, che occupa la metà del volume, dedicata alla terapia dei tumori ipofisari, è quella ove emerge tutta l'esperienza serena, obbiettiva dell'A., e spicca la sua mentalità nettamente orientata verso il tempestivo intervento chirurgico; non deprezza e tanto meno disprezza quello roentgenterapico e radiumterapico, ma egli preferisce assegnare a questi una attività complementare e secondaria all'opera del chirurgo. Completa, esauriente è la trattazione descrittiva, analitica e critica dei vari metodi operativi, concludendo con una chiara predilezione, sostenuta oltre che dalla sua esperienza dalla notevole prevalenza di opinione dei maggiori neuro-chirurgi, per la « via alta intracranica ». Di particolare rilievo è il capitolo sui risultati della cura chirugica dei tumori sellari e parasellari, nel quale si mette in evidenza, sulla base di una accurata statistica, la diminuzione progressiva della mortalità in relazione con il progredire della specializzazione e della maggiore esperienza degli operatori.

Questa opera, che rappresenta in modo preciso e completo lo stato attuale delle nostre cognizioni sulla complessa sindrome dell'ipofisi, della sua patologia e del suo trattamento chirurgico, è corredata da chiare e dimostrative illustrazioni fotografiche e da una ricchissima bibliografia, che tratta della letteratura generale e speciale nei riguardi della glandola ipofisaria, e di argomenti fondamentali del libro, pregevole anche per la semplice ed elegante veste editoriale.

G. MÒGLIE.

G. ROTOLO. *Venti mesi di attività chirurgica in Africa Orientale Italiana.* Un volume di pag. 235, editore Bocca, Milano, 1939.

L'A. ci presenta il resoconto clinico statistico della sua attività chirurgica in un ospedaletto da campo, in un ospedale territoriale e infine al seguito di reparti combattenti.

La statistica illustra un materiale documentario importante; in numerosi interventi chirurgici di elezione e di urgenza praticati in condizioni di clima e di ambiente così particolare sono stati ottenuti risultati eccellenti. Alcuni casi di particolare interesse vengono illustrati ampiamente.

VALDONI.

G. AUSTONI. *Le fratture dell'estremità superiore dell'omero.* (Studio statistico-clinico). Trattamento ed esiti. Ed. Tipografia Seminario, Padova, 1939. Pag. 93, fig. 56.

Questa ampia monografia sulle fratture dell'estremità superiore dell'omero richiama con molta chiarezza i trattamenti così vari impiegati nella cura di queste fratture e aggiorna i metodi più recenti di indagine, di riduzione e di contenzione che vengono descritti e illustrati nei loro risultati.

Il lavoro molto diligentemente condotto e bene illustrato, viene a portare un valido aiuto al chirurgo sia rispetto alla indicazione curativa che alla scelta dei metodi più recenti.

VALDONI.

MOLINIS GIUSEPPE. *Il pneumotorace spontaneo; studio clinico ed anatomo-patologico.* Udine, Arti grafiche friulane, 1938. L. 25.

Monografia utile e completa, riguardante una peculiare affezione meno rara di quanto comunemente possa credersi. Sulla base della personale abbondante casistica clinica, e con l'attenta disamina della vasta letteratura mondiale esistente sull'argomento, l'A. accenna agli sviluppi storici della forma morbosa prendendo in particolare considerazione il pnx spontaneo cosidetto semplice o benigno. Numerose microfotografie documentano nel lavoro i casi personali. Elencate le molte determinanti dello pnx spontaneo semplice o benigno, il Molinis si sofferma ad esporre particolari criteri personali capaci di far individualizzare altri meccanismi patogenetici. Come conclusione: si potrebbero distinguere, praticamente, due tipi fondamentali, uno ad etiologia tubercolare, un secondo ad etiologia congenita od acquisita per causa di processi infiammatori acuti e cronici.

Un capitolo riassuntivo schematizza la sindrome clinica dello pnx spontaneo.

Il lavoro è corredato di microfotografie, schemi e riproduzioni di radiografie, figure a colori, ecc.

MONTELEONE.

Accademie, Società Mediche, Congressi

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 26 novembre 1938-XVII

Presidente: Prof. R. ALESSANDRI.

Il Presidente commemora il prof. Tommaso Cipollone, che fu accademico attivo e diligente.

Propone la nomina ad accademico ordinario dei professori Paolucci e Di Mattei; viene appprovata per acclamazione.

Studio batteriologico dei fili di Kirschner impiegati per la trazione diretta transcheletrica.

Dott. F. RUSSO. — L'O. ha esaminato batteriologicamente n. 100 fili di Kirschner impiegati per la trazione diretta transcheletrica ed ha potuto riscontrare che 40 di essi erano inquinati. Sostenevano lo stato settico lo stafilococco (45 %); lo streptococcico (20 %); il b. subtilis (12 %); il micrococcus (7,5 %); il b. megaterius (5 %); il b. pseudodifterico (5 %); il b. clavatus (5 %). L'O. fa rilevare che la ricerca ha solo valore dal punto di vista batteriologico in quanto nessun inconveniente clinico si è dovuto lamentare; conclude dunque riaffermando l'utilità e la particolarità dell'impiego dei fili di Kirschner a scopo traente.

Un caso di sublussazione anteriore dell'atlante, ridotto tardivamente mediante trazione su telaio di reclinazione di Marino Zuco

Dott. F. RUSSO. — L'O. presenta un caso sublussazione anteriore emilaterale dell'atlante; ne discute il meccanismo patogenetico e particolarmente la cura. La sublussazione a 13 giorni dal trauma si è ridotta ottimamente mediante modica trazione accoppiata a reclinazione su telaio di Marino Zuco.

Quest'ultimo per la maggior parte, secondo l'O., ha realizzato le migliori condizioni per la riduzione.

Ancora sulla osteosintesi temporanea: tecnica e strumentario: casistica.

Prof. C. MARINO ZUCO. — L'O. torna nuovamente su questo argomento da lui svolto in altra seduta dell'Accademia, per illustrare mediante una cinematografia i dettagli della tecnica per eseguire l'osteosintesi alla maniera da lui ideata, e per estrarre i fili, a consolidazione ossea avviata.

Con proiezioni dimostra numerosi esempi di osteosintesi provvisoria praticati per fratture recenti e antiche di diverso tipo e sede.

Chiede ed ha la parola il Socio prof. EGIDI il quale nota l'importanza per la chirurgia generale della comunicazione del prof. MARINO ZUCO; con i mezzi da osteosintesi temporanea si evitano operazioni alle quali l'O. è contrario. Illustra con proiezioni un caso da lui trattato con compressione e fissazione esterna dei frammenti.

Risponde il prof. MARINO ZUCO ringraziando; nota che la contenzione dei frammenti ridotti delle gambe può essere difficile per interposizione di briglie periostali; epperò non è favorevole ai fissatori esterni, perchè mettono la frattura in rapporto con l'esterno; ritiene meno pericolosa in ambiente adatto la riduzione cruenta.

Ricostruzione plastica di acetabolo eseguita 35 anni or sono nell'Ospedale di S. Spirito.

Prof. G. EGIDI. — Sui dati anamnestici e nei risultati radiografici l'O. induce che un metodo di ricostruzione plastica di acetabolo fu eseguita 35 anni fa dal prof. Montenovesi.

Chiede ed ha la parola il prof. DALLA VEDOVA il quale nota che le condizioni anatomiche, rilevate dal collega Egidi, nell'anca congenitamente lussata della paziente, non possono essere riportate con certezza ad una ricostruzione operatoria del tetto acetabolare.

Ritiene anzi l'O. che più probabilmente esse siano imputabili a quella artrosi deformante (statica) che costantemente si manifesta nelle lussazioni congenite inveterate; artrosi deformante che, nel caso in specie, oltre al fattore statico, probabilmente riconosce anche un altro fattore etiologico nell'intervento chirurgico, di natura non precisata, ma a decorso complicato, che quella articolazione ha subito.

Dato, e non concesso, che realmente nella paziente fosse stato ricostruito artificialmente un tetto, il caso non potrebbe essere considerato dal punto di vista della priorità del metodo, perchè la ricostruzione sarebbe stata praticata senza aver provvisto prima a ridurre la lussazione, cioè in sede erronea.

Risponde il prof. EGIDI.

Presentazione di un paziente operato due anni or sono di pericardiectomia pericardite adesiva.

Prof. G. EGIDI. — Il malato, che presenta tutti i segni di una pericardite adesiva con fegato grosso ed ascite, è in buone condizioni senza dispnea e senza ascite.

Il presidente si congratula per i risultati ottenuti.

Esiti d'intervento chirurgico per aracnoidite fibrosa periottica.

Prof. A. CHIASSERINI. — La malata ha guadagnato sulla funzione visiva e non ha più i segni di compressione endocranica.

Il socio prof. ARCANGELI pensa che l'aracnoidite periottica può avere un'origine luetica.

Il prof. CHIASSERINI pensa che in qualche caso si può trattare di origine luetica, ma che nel suo caso mancava ogni dato.

Seduta ordinaria del 17 dicembre 1938-XVII.

Presidente: Prof. R. ALESSANDRI.

Sulle alterazioni elettrocardiografiche da broncografia.

Dott. D. SIBILIA. — Sono stati eseguiti elettrocardiograficamente i vari tempi di broncografie eseguite col metodo transvasale in pazienti con affezioni interessanti o no il sistema cardiocircolatorio. Mentre le manovre broncografiche sono riuscite indifferenti o quasi in pazienti non cardiopatici, in questi ultimi si registrano alterazioni che vengono discusse nel tipo e nella genesi. Di questa alcune devono essere considerate di origine coronarica, come risulta particolarmente in un caso.

Praticamente occorre esser cauti nel decidere la broncografia in cardiaci specie se anginosi e in tutti i casi premunirsi con una perfetta aneste-

sia mucosa, con l'uso di cardiotonici e di sostanze del tipo dell'atropina, papaverina, ecc.

Ricerche elettrocardiografiche con derivazioni toraciche multipli.

Dott. A. MUSSAFIA e dott. V. PUDDU. — Mediante l'impiego di derivazioni precordiali multiple, gli OO. hanno rilevato alcuni aspetti particolari delle immagini elettrocardiografiche, che essi riferiscono a differenze di forma e di volume o di posizione del cuore rispetto alla parete toracica.

Contributo allo studio delle fratture intrarticolari del gomito.

Prof. C. MARINO ZUCO. — L'O. espone anzitutto i concetti che dovrebbero indurre al trattamento incruento o cruento di una frattura.

Illustra poi un caso di frattura complessa intraarticolare del gomito, in cui ha creduto opportuno giovarsi, per il trattamento, della trazione transcheletrica applicata all'estremo distale dell'omero, all'antibraccio ed all'olecrano.

Dimostra come questo trattamento abbia consentita la immobilizzazione del focolaio di frattura e la mobilizzazione precoce dell'articolazione, permettendo di conseguire un brillante risultato morfologico e funzionale che si mantiene a distanza di oltre 5 anni.

Il Segretario: T. PONTANO.

Sezione Laziale della Società Italiana di Gastroenterologia.

Il 26 gennaio u. s. si è tenuta nell'aula magna della Clinica Medica di Roma la prima seduta della Sezione Laziale della Società Italiana di Gastroenterologia. In assenza del presidente prof. Frugoni, trattenuto fuori di Roma, la presidenza è stata assunta dal prof. P. Alessandrini, il quale, dichiarando aperta la seduta, ha rammentato quali sono gli scopi che la società persegue nel campo scientifico e culturale e ringraziando gli intervenuti, li ha invitati a frequentare i lavori per lo sviluppo della gastroenterologia in Italia.

Sono state svolte le seguenti comunicazioni.

Dott. L. MARFORI. — L'O. ha studiato il comportamento della Reazione di Hay e della tensione superficiale nelle urine di soggetti portatori di ittero da ritenzione. Dai risultati ottenuti conclude che la R. di Hay è positiva solo quando la tensione superficiale dinamica scende al disotto di 55-58 dine. Al disotto di questo punto critico la R. di Hay è negativa pur essendo la tensione superficiale nettamente inferiore a quella ritenuta propria della urina normale.

Ricorda ancora la presenza nelle urine di altre sostanze tensioattive che possono falsare il risultato della reazione.

Un nuovo pasto di prova per lo studio della funzione intestinale.

Dott. T. CHIEFFO. — L'O., dopo avere esposto le difficoltà non lievi che si incontrano nella pratica per l'esame accurato delle varie funzioni dell'apparato gastroenterico e soprattutto per un esame globale di esse, espone i criteri che lo hanno guidato nello studio per la ricerca di un pasto di prova unico che possa in un sol giorno e con una sola somministrazione servire ad esplorare contemporaneamente le varie funzioni in tutto l'apparato, a ricercarne le lesioni e le interdipendenze di queste nei disturbi che ne conseguono. Espone infine la tecnica più appropriata e i risultati finora ottenuti dall'applicazione pratica del metodo in numerosi casi di lesione dell'apparato gastro-enterico.

Studio radiologico sui riflessi intersegmentari del tubo digerente.

G. CERUTTI. — L'O. riferisce su studi radiologici del tubo digerente avendo posto particolarmente l'attenzione sul tono e la motilità intestinale e sul comportamento degli sfinteri colici in svariate malattie (gastriti, duodeniti, ulcere duodenali, appendiciti ecc.) confrontati con soggetti normali.

In più di cento casi studiati mentre per alcune affezioni non si può stabilire nulla di preciso, per altre invece, specie per le affezioni duodenali, si trova spessissimo un rapido passaggio del pasto opaco attraverso lo stomaco e il tenue e un brusco arresto agli sfinteri colici. Questo avviene probabilmente per un meccanismo di compenso. L'O. si propone di approfondire il problema con ulteriori ricerche.

Nella discussione che è seguita alle varie comunicazioni hanno preso la parola ALESSANDRINI, LUCHERINI, GALLENGA, BONADIES ed altri.

Il Segretario: A. BONADIES.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le aritmie dei vecchi.

Dal punto di vista pratico, interessano soprattutto l'A. extrasistolica e quella completa; in quest'ultima i « passi falsi » del cuore si complicano con alternative di accelerazione e di rallentamento. Il sintoma aritmia ha valore quando non si presenta soltanto occasionalmente ed in modo transitorio; una digestione penosa, una notte passata in ferrovia, un'emozione possono scatenare una crisi di A. anche nell'adulto, ma è chiaro che il vecchio è più sensibile alla fatica. Il prolungarsi della crisi può sempre far pensare ad un'origine nervosa; ma è bene andar molto circospetti prima di giudicare in tal senso; il ripetersi delle crisi induce a pensare che si tratti di un vero disturbo organico.

Ch. Fiessinger (*Jorun. des praticiens*, 24 dicembre 1938), lasciando da parte le A. delle insufficienze cardiache con lesione valvolare o miocardica, considera due tipi di aritmie, a seconda che si accompagnano o non a crisi anginose.

A. con crisi anginose, che si manifesta in individui in cui un movimento brusco, il pasto, un'emozione provocano l'insorgere di un dolore precordiale, con senso di pressione. Gli accessi si calmano con la trinitrina e poi possono ripetersi e portare a morte il malato, sia improvvisamente, sia con fatti di edema polmonare. Quest'ultima terminazione fa pensare che molti di tali incidenti siano dovuti ad insufficienza ventricolare sinistra. La terapia appoggia tale modo di vedere: digitalina a deboli dosi (5 gocce al giorno, per 4-5 giorni), sospensione per 3 giorni in cui si somministra dell'estratto di strofànto (2-3 granuli da 1 mg.). Si alterna così per lungo tempo; il cuore in alcuni casi si rimette completamente. Nelle crisi subentranti, diffidare della morfina, da non somministrare a più di 2-3 mg. ogni 2-3 ore; le dosi di 5 mg. e più possono provocare la morte.

A. senza crisi anginose. Si accusa talvolta lo stomaco e questo è possibile; in tali casi, la somministrazione delle polveri al caolino-magnesia-bismuto darà buoni effetti. Ma l'A. si rinnova e si prolunga e può diventare completa. La ripresa dell'A. consiglia di intervenire, meglio con la digitalina che con lo strofànto, il quale agisce essenzialmente nelle forme con crisi anginose. Di tanto in tanto, una serie di una diecina di giorni di aminofillina.

La cura digitalinica ha il vantaggio di evitare la gravità delle malattie intercorrenti.

fil.

La cura digitalica.

Il principale pregio della digitale di fronte al medico pratico, dice F. Schotten (*Mediz. Welt*, 4 marzo 1939), consiste nel fatto che la sua applicazione terapeutica è indipendente dalle finezze della moderna diagnostica: essa si può considerare il farmaco ideale per quasi tutte le malattie circolatorie. Infatti l'azione della digitale si estende a diverse funzioni particolari della circolazione, e proprio a quelle più importanti: tanto del cuore stesso quanto del sistema vasale. Sembra anzi che anche al di là del sistema circolatorio, la digitale abbia la proprietà di stimolare l'autonomismo di qualsiasi organo vegetativo (rene, stomaco, pancreas, ecc.). La principale indicazione per la terapia digitalica è il vizio cardiaco scompensato con manifestazioni di stasi nel sistema venoso; ma risultati egualmente buoni si ottengono nelle diverse forme di aritmia e soprattutto nell'aritmia perpetua, nelle tachicardie a base nervosa o endocrina (specialmente nelle tireotossicosi) e in tutti i casi di insufficienza circolatoria. Applicata nella debolezza cardiaca latente la digitale riesce preziosa purchè data tempestivamente: così nelle malattie sistematiche dei reni, nelle malattie infettive (polmonite, tifo, sepsi), nei catarri bronchiali cronici con enfisema. Anche in individui col cuore sano è molto utile la somministrazione di digitale prima di interventi operativi.

Controindicazioni per la cura digitalica sono le embolie recenti, gli infarti del circolo coronario, le miocarditi infettive. Indicata nei casi di edema polmonare da insufficienza del cuore sinistro (ipertensione, vizi aortici) è controindicata (come pure la strofantina) nell'edema polmonare da aumentato lavoro del cuore destro (stenosi mitralica pura con orecchietta sinistra dilatata e fibrillazione auricolare). La dose utile di digitale varia da caso a caso: a tale riguardo si ricordi che le dosi troppo piccole sono egualmente dannose come le dosi troppo forti. Sono preferibili i preparati che contengono tutti i glicosidi delle foglie attive. Per lo più basta la somministrazione orale: in casi di stasi forte (insufficienza portale) si preferisce la somministrazione rettale o parenterale. La digitale lanata completa ma non sostituisce la purpurea: essa è utile nella debolezza transitoria del miocardio, nella insufficienza aortica, negli aneurismi dell'aorta, nell'angina pectoris e nell'infarto coronario.

P.

Il problema del diabete neurogeno.

H. Bartelheimer (*Mediz. Klin.*, n. 5, 1939) rileva che dopo la classica puntura dello zucchero di Claude Bernard molti dati clinici e sperimentali hanno dimostrato la grande importanza degli accumuli di sostanza grigia disposti intorno al terzo e al quarto ventricolo, per la regolazione di vari fenomeni del ricambio. Una glicosuria di origine centrale non viene causata soltanto dalla puntura del pa-

vimento del quarto ventricolo: lesioni di diverse altre regioni del mesencefalo determinano una glicosuria transitoria. Clinicamente si può osservare una glicosuria in gravi traumi del cranio (soprattutto fratture della base) nella commozione cerebrale, nella meningite, nella encefalite, nella lues e nelle emorragie cerebrali. Di diabete neurogeno si può però parlare soltanto se queste leggere glicosurie transitorie si trasformano poi in un vero diabete.

Mentre alcuni AA. negano tale possibilità e affermano che nei casi in cui una malattia del sistema nervoso è seguita da diabete la prima abbia soltanto reso manifesta una insufficienza latente del pancreas, altri sostengono l'esistenza di un vero diabete neurogeno. Quest'ultima opinione ha avuto una importante conferma sperimentale da Strieck, che causticando nei cani il mesencefalo riuscì a provocare in essi un tipico diabete mortale.

Clinicamente, il diabete che talora segue ad una apoplessia cerebrale o a lue del cervello o delle meningi può non essere di natura neurogena: potrebbe trattarsi di una concomitanza, o di una contemporanea apoplessia o cirrosi sifilitica del pancreas. Più significativi sono i casi di diabete insorti in seguito ad encefalite epidemica.

Il diabete determinato da alterazioni del sistema nervoso centrale e vegetativo ed il diabete ipofisario presentano, di fronte al diabete pancreatico, una maggiore insensibilità all'insulina. È inutile in questi casi insulino-resistenti aumentare fortemente le dosi di insulina. L'importanza del sistema nervoso vegetativo per il ricambio del diabetico è dimostrato dalla notevole influenza che esercitano le emozioni sulla sua glicemia e glicosuria.

P.

Lipodistrofie da insulina.

F. Bertram e H. E. Never (*Mediz. Welt*, n. 5, 1939) osserva che le iniezioni di insulina determinano talvolta alterazioni del tessuto adiposo che consistono o in distrofie oppure in ipertrofie (lipomi). Alla lipodistrofia locale (alla regione iniettata) si aggiunge talvolta una analoga alterazione del tessuto adiposo in regioni lontane. Queste lipodistrofie di regioni che non sono mai venute a contatto con l'insulina, escludono che le alterazioni del tessuto adiposo dipendano da una azione locale di sostanze unite alle soluzioni di insulina (tricresolo); una tale azione locale difficilmente poi spiegherebbe la comparsa a volte di atrofie, a volte di lipomi. È probabile che le alterazioni del tessuto adiposo che possono seguire alle iniezioni di insulina dipendano da disturbi neuro-trofici; infatti in alcuni casi la lipodistrofia si inizia soltanto dopo smesse le iniezioni di insulina. Nelle lipodistrofie da insulina gli AA. hanno ottenuto buoni risultati somministrando forti dosi di vitamina B, per cui consigliano caldamente tale cura. P.

Le indicazioni terapeutiche generali nell'ipertiroidismo.

L. Langeron (*Journ. sciences méd. Lille*, 19, febbraio 1939) ha avuto occasione di curare 81 casi di ipertiroidismo ed espone le sue osservazioni di « medico », che tiene quindi conto di tutti i casi e di tutte le terapie; la questione viene così considerata da un punto di vista più generale che non in base alle osservazioni dei chirurgi, ai quali capitano soltanto i casi già vagliati dai medici.

Dei casi dell'A., 24 hanno avuto il solo trattamento medico, che è stato completato in 29 dalla radioterapia; in 17 casi è stato praticato l'intervento chirurgico.

Risulta, in complesso, l'insufficienza del solo trattamento medico per poco che sia grave la forma. Da rilevarsi il pericolo dello jodio, che in un caso ha provocato delle crisi di ipertiroidismo: pertanto l'uso di tale rimedio va sorvegliato. Con la sola cura medica (riposo ed igiene, jodio, calmanti, emato-etiroidina) si sono avuti 3 successi duraturi, 9 transitori e 12 insuccessi.

Con la radioterapia, si è avuta una proporzione quasi uguale di successi ed insuccessi, in rapporto soprattutto alle forme; trattasi quindi più che altro di stabilire bene le indicazioni; i successi si sono avuti nei giovani, con gozzi recenti, forme basedowiane pure ed asma con ipertiroidismo.

Con l'intervento, si sono avuti 10 risultati soddisfacenti, 2 parziali e 5 morti, di cui 3 per preparazione insufficiente od intervento troppo ampio. Il numero dei successi operatori potrebbe quindi essere più elevato, da un lato con migliorando preparazione e tecnica operatoria e, dall'altro, inviando al chirurgo più precocemente i malati. Le indicazioni per l'intervento sono: incidenti meccanici, o cardiaci (fra cui specialmente la fibrillazione auricolare) gozzi antichi in individui sui 50 anni ed alla menopausa.

La radioterapia sarà particolarmente utile nei casi di individui in età poco avanzata, con gozzo recente, diffuso od assente e forma tossica generale con metabolismo elevato. La radioterapia potrà inoltre essere tentata prima di un intervento. *fil.*

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

Una donna lamenta dolori sacrali....

A. W. Bauer (*Med. Kl.*, n. 18, 1938), sostiene che a base dei dolori sacrali stanno per lo più diverse cause che agiscono contemporaneamente. Soltanto una anamnesi accurata ed un esame obbiettivo preciso può svelarle, permettendo pertanto un trattamento causale.

Affezioni della cistifellea, l'ulcera duodenale, l'appendicite, una stasi intestinale, il meteorismo, l'enteroptosi, processi morbosi a carico del rene e delle vie urinarie, del colon,

danno e possono dare dolori sacrali. D'altra parte alterazioni anche cospicue nell'ambito genitale (fatti infiammatori, alterazioni di posizione, ecc.) non sempre debbono essere chiamate in causa nel determinismo del sintomo in questione. Infatti solo allorquando i legamenti sacrouterini vengono fortemente stirati la retroflessione uterina è causa di dolori sacrali i quali possono essere, come è noto, provocati da una parametrite posteriore spesso conseguenza di una colite cronica (proctite), da una metrite da stasi, ecc.

Da parte del sistema nervoso va ricordata la importanza della sciatica, di talune neuriti, di crisi tabetiche, di malattie del midollo (epatomielia). Da parte del sistema osseo vanno tenuti presenti i processi infiammatori cronici, neoplasmi (per lo più metastatici), assimilazioni di vertebre, ma specialmente affezioni delle articolazioni della cintura pelvica per condizioni statiche sfavorevoli. Infine è noto come i dolori sacrali debbono talora venir riportati ad affaticamenti od a lesioni muscolari, a reumatismo muscolare, come nei soggetti a costituzione linfatica il raffreddamento è facile causa di dolori sacrali mialgici-neuralgici, come esistendo una disposizione reumatica un trauma anche di minima entità può scatenare il dolore. Tra le cause più frequenti vanno citate le alterazioni statiche ed è noto che i soggetti con piede piatto, genu-valgo, coxa vara, per non citare che le alterazioni di più frequente riscontro, soffrono di dolori sacrali.

Da tutto quanto è stato esposto risulta chiaro come varia da caso a caso debba essere la terapia del dolore sacrale. Possono pertanto tornare utili cure di riposo, cambiamenti di genere di vita, cure dimagranti, ricostituenti, trattamenti medicamentosi locali vari, talora sintomatici, avendo presente che il dolore sovente rappresenta una zona di Head. Spesso buoni risultati si ottengono con l'impiastro di cantaride sul sacro sino alla formazione delle vescicole il cui contenuto può venire con una siringa estratto ed iniettato praticando così una autosieroterapia. Infine l'A. tratta in modo più esteso l'idroterapia (vantando l'azione delle doccie alternate calde e fredde, dei bagni) il massaggio, la faradizzazione, la diatermia, la ginnastica, cure tutte che possono, se giustamente utilizzate, dare buoni risultati.

E. ROBECCHI.

LABORATORIO

Il valore della prova della sedimentazione del sangue nella diagnosi differenziale fra infiammazione pelvica acuta ed appendicite acuta.

C. Lintgen e Kermeth Frey (*Amer. J. of. Obst. a. Gynecology*, n. 3, 1938) riportano uno studio condotto allo scopo di stabilire se la prova di sedimentazione del sangue può riuscire d'ausilio nella diagnosi differenziale fra infiammazione pelvica acuta ed appendicite acuta, in uno stadio ancora iniziale del processo morboso. Il prelievo di sangue è stato perciò sempre effettuato fra le 5 e le 50 ore dall'inizio della sintomatologia acuta.

Su 30 pazienti affetti da infiammazione pelvica gli AA. hanno trovato che la sedimentazione avveniva più rapidamente del normale nel 90 % dei casi; mentre su di un centinaio di appendicitici acuti solo il 52 % presentava dei valori superiori alla norma.

La leucocitosi praticata contemporaneamente a questa ricerca in entrambe le serie di malattie dava invece delle percentuali di aumento pressochè eguali nei due gruppi.

I valori riferiti dagli AA. sono quindi in disaccordo con quelli di altri precedenti ricercatori americani (Lesser e Goldberger, Baunick, Gregg e Guernsey, ecc.) che avrebbero trovato valori anormali nella prova di sedimentazione in casi di appendicite acuta, solo se complicata da rottura in peritoneo o da ascesso e mai nel primo stato infiammatorio non complicato; mentre la prova sarebbe stata positiva in una altissima percentuale dei processi infiammatori pelvici.

Stando perciò ai dati riferiti dagli AA. il valore pratico della ricerca è notevolmente sminuito.

G. MONTANARI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Recenti acquisizioni nella malaria. Contributo alla conoscenza della fase tissulare del ciclo asessuato della istiocitomatosi malarica.

A. Vich e F. Rey (*Revista de Sanidad e Higiene Pública*, settembre-ottobre 1938) rilevano che fin dal 1900 Grassi, stabiliti il ciclo schizogonico (nell'uomo) e sporogonico (nella zanzara) del parassita malarico, emise l'ipotesi che nell'uomo si doveva verificare un terzo ciclo in rapporto col periodo di incubazione. Negli ultimi anni i maestri di malariologia pensano appunto che tale ciclo esista e che si compia nel sistema reticolo endoteliale.

È noto che dall'inoculazione del parassita fino allo scoppio della malattia intercorre un periodo di incubazione. Orbene Yorke, Boyd e Stratman-Thomas hanno inoculato, mediante puntura di zanzare infette, il parassita malarico in un soggetto: dal giorno di tale inoculazione hanno da esso prelevato ogni giorno, per 12 giorni, 10 cc. di sangue che inoculavano ogni giorno ad un soggetto diverso. Di tali soggetti così inoculati contrassero infezione malarica soltanto quelli inoculati con sangue prelevato dal primo soggetto 8 giorni dopo la puntura della zanzara. In quelli inoculati prima non si ebbe la malattia. Per questa e per altre ricerche Kikuth concluse che quasi sicuramente gli sporozoiti, una volta nell'orga-

nismo umano dopo l'inoculazione da parte della zanzara, non attaccano immediatamente i globuli rossi ma passano per una fase di latenza o di trasformazione in determinate cellule dell'organismo fino a raggiungere il grado di maturazione che permetta loro di invadere gli eritrociti e fare la loro comparsa come forme giovanili del plasmodio. Come si comporta però il parassita in questa fase di latenza? Le ricerche eseguite a questo proposito hanno messo in evidenza un nuovo ciclo schizogonico dei parassiti malarici che si compie negli elementi cellulari del S. R. E. Questo ciclo, che ha avuto varie denominazioni, può essere chiamato, secondo gli AA., fase tissulare del ciclo asessuato.

Esso è stato studiato da vari autori, tra cui principalmente Raffaele, in rapporto a varie specie di plasmodi in diversi animali. Raffaele ha descritto fasi di tale ciclo anche nell'uomo.

La caratteristica delle forme del parassita malarico nella fase tissulare è la mancanza di pigmento.

Gli Autori concludono che la schizogonia presenta certamente una fase tissulare che ha luogo nel sistema reticolo endoteliale ed una fase ematica che si compie nel sangue. Di tale parere si sono mostrati anche James e Tate, in un recente lavoro.

F. TOSTI.

VARIA

Anneddoti medici di Guido Baccelli.

Guido Baccelli visse una vita intensa come uomo di scienza e di governo. Si affermò giovanissimo clinico di valore e ancora giovane iniziò la carriera politica. Della notorietà che gli derivava dall'esercizio della medicina si servì per giungere a posti eminenti nella politica, e di questa si servì per incrementare la scienza in Italia. La medicina e la politica gli dettero il modo di avvicinare gli uomini più in vista del mondo cattolico e dell'allora giovane regno. E numerosi sono gli aneddoti occasionati dalla sua geniale ed esuberante attività.

Alcuni episodi che si riferiscono alla sua vita di medico e sopratutto alle sue audaci iniziative in fatto di terapia sono stati riferiti recentemente nel *Giornale d'Italia* dal figlio senatore Alfredo Baccelli.

Preconizzò la cura della polmonite con dosi generose di alcool e di canfora. Ne fece il primo tentativo su monsignor Tancioni, rettore di Propaganda Fide. I vecchi medici curanti ed i famigliari scandalizzati protestarono perchè l'infermo era stato ubbriacato. La guarigione consolidò la fama del giovane medico.

Quando Vittorio Emanuele II ammalò di polmonite il Ministero del tempo volle che fosse esaminato da Baccelli. Il Re era moribondo ma occorreva che sopravvivesse ancora perchè si potessero somministrare i sacramenti. Baccelli adoperò per la prima volta l'ossigeno. Il Re migliorò e visse ancora il tempo occorrente per le pratiche sacre.

Baccelli adoperò gli impacchi di ghiaccio per curare il Presidente degli Istituti Ospedalieri, on. Silvestrelli, malato di tifo. Si disse che Baccelli voleva fare il gelato con il corpo umano, ma l'infermo guarì ed il metodo degli impacchi freddi fu poi largamente usato.

La cura delle neuralgie con l'acido fenico gli fu suggerita dal fatto che un suo amico aveva guarito con iniezioni di detta sostanza un cavallo con dolori reumatici.

Le iniezioni endovenose furono per la prima volta adoperate in un caso disperato di perniciosa. Si trattava di una ragazza che aveva avuto già due attacchi di perniciosa. Il chinino per bocca e per iniezioni sottocutanee non dava alcun risultato. L'inferma stava per morire. Baccelli ebbe un lampo di genio: inoculò il chinino nelle vene. La guarigione seguì rapida e completa.

Incidenze sul cancro a Lione.

A Lione si sono registrati 6703 decessi per cancro durante l'ultimo ventennio. Si è indagata la distribuzione di essi nei 23.259 immobili della città: in 18.321 non si è avuto alcun decesso; in 3769 se n'è avuto uno; in 228, tre; in 53, quattro; in 16, cinque; in 6, sei; in 2, sette; in 1, otto. Si tratta di accertare se questa distribuzione si uniformi al calcolo delle probabilità, ovvero se l'incidenza in alcune case debba attribuirsi ad una predilezione della malattia per esse; in altri termini, se esistano le cosidette « case del cancro » e quali possano esserne le cause.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

E. MARIOTTI. *L'autoemoterapia cerebrale. Tecnica operatoria.* Tip. Ospedale Psichiatrico, Napoli, 1938.

A. MANNINO e G. CARUSO. *Contributo allo studio dei rapporti tra reazione di Wassermann e Gonoreazione.* Tip. Mattioli, Fidenza, 1938.

V. NERI e O. CHIATELLINO. *Ricerche sperimentali sulle funzioni dei talami ottici.* Boll. Scienze Mediche, Bologna, 1938.

V. NERI. *La paralisi mimica del facciale nei tumori cerebrali.* Boll. Scienze Mediche, Bologna, 1938.

A. BARCAGLIA. *Eritema anulare di Lehndorff prodromico di grave cardiopatia reumatica.* Tip. Cordani, Milano, 1938.

A. DE CASTRO. *La prova della generica nei reati da contagio blenorragico.* Tip. Milesi, Milano, 1938.

S. NICOSIA. *Sull'andamento stagionale dell'eritema nodoso.* Ed. Pozzi, Roma, 1938.

ID. *Adrenalina ed immunità.* Tip. Sabbadini, Roma, 1938.

V. DESOGUS. *Di un particolare aspetto della teoria geologica del gozzismo con speciale riguardo all'isola di Sardegna.* Tip. Musanti, Cagliari, 1938.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ANCONA. *Amministrazione Provinciale.* — Concorso per titoli scientifici e pratici, al posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale. Periodo di prova anni due. Stipendio annuo lire 16.000, suscettibile di 5 aumenti quadriennali di un decimo, computato, per la maturazione del primo aumento, il periodo di prova. Indennità di servizio attivo L. 2720. Indennità caro viveri, se dovuta, come per gli altri dipendenti della Provincia. Uso dell'alloggio con illuminazione, acqua e riscaldamento. Stipendio e indennità sono soggetti alle riduzioni, agli aumenti e trattenute di legge. Alla domanda allegare descritti in duplice elenco firmato dal concorrente, su carta libera i prescritti documenti. Unire diploma originale o in copia, della laurea e di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo, più un documento comprovante aver prestato servizio per non meno di 4 anni in Manicomi o Cliniche Psichiatriche. Età massima anni 35 al 10 marzo 1939. Scadenza ore diciotto del 9 maggio 1939. Per ulteriori delucidazioni complementari rivolgersi alla Segreteria Generale della Provincia in Ancona.

LA SPEZIA. *Regia Prefettura.* — Il signor Prefetto, a modifica del precedente bando, avverte che al concorso per il posto di coadiutore presso la Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi de La Spezia, possono essere ammessi soltanto i sanitari di cui al combinato disposto degli articoli 78, n. 2 del R. Decreto 11 marzo 1935, n. 281, ed 85 (comma 3°) del Testo Unico Leggi Sanitarie. Il termine per la presentazione delle domande è prorogato alle ore 18 del giorno 30 maggio 1939-XVII.

ROMA. *Istituto Provinciale per l'Assistenza all'Infanzia.* — Ispettore medico centrale; stip. lire 11.200; indenn. serv. att. L. 2240; 4 quadrienni dec.; indennità annua L. 1500. Sono escluse le donne. Età limite 35 anni al 10 marzo. Scad. ore 12 del 20 giugno. Domande e documenti al Preside della Provincia. Per copie del bando e per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, via IV novembre 119-A (Palazzo Provinciale).

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Primario della Divisione Pediatrica (Ospedale Umberto I); età limite 45 a.; titoli ed esami; assegno annuo L. 6000. Scad. ore 17 del 12 giugno. Richiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria degli Ospedali.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Primario oculista; titoli ed esami; L. 5000 e partecipaz. Scad. ore 18 del 4 maggio. Età limite 45 anni. Chiedere annunzio all'Amministrazione.

RR. Prefetture.

Sono indetti i seguenti concorsi:

A) per condotte mediche nelle province di:

Alessandria, 17 posti; scad. 1 maggio, ore 18;
Ascoli Piceno, 9 posti; proroga al 20 agosto;
Bengasi, 6 posti; scad. 22 aprile.
Bolzano, 4 posti; scadenza 30 aprile, ore 18;
Como, 5 posti; scad. 30 aprile;
Firenze, 10 posti (2 nel capol.); scad. 15 aprile;
Messina, 3 posti; scad. 30 aprile;
Nuoro, 8 posti; scad. 30 aprile.
Salerno, 13 posti (2 nel capol.); scad. 30 maggio, ore 12;
Taranto, 4 posti (1 nel capol.); scad. 30 aprile, ore 12.

B) per i Laboratori provinciali d'igiene e profilassi (Sezione medico-micrografica):

Foggia, assistente; scad. 30 aprile, ore 18;
Imperia, coadiutore; scad. 30 maggio, ore 12;
Taranto, assistente; scad. 30 aprile, ore 12.

C) per ufficiale sanitario e medico capo dell'Ufficio d'igiene di:

Carnaro (del), pel consorzio Abbazia-Laurana-Moschiena; scad. 31 maggio.
Campobasso ed uniti; scad. 30 aprile.

D) per i Dispensari antivenerei:

Alessandria, dirigente sanitario del Dispens. municipale di Casale Monferrato; scad. 30 aprile, ore 18.

Per i bandi di concorso, schiarimenti ed altre informazioni rivolgersi alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

Borse di Studio.

Borse di studio per medici condotti

Il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, per iniziativa del Commissario Ministeriale prof. sen. Raffaele Bastianelli, ha stabilito di assegnare tre borse di studio di L. 1500 ciascuna ai Sindacati Provinciali Fascisti dei medici di Bolzano, Trieste, Cosenza, Potenza, Compobasso, Sassari, Cagliari e Nuoro — e cioè complessivamente ventiquattro borse per l'importo globale di L. 36.000 — che saranno assegnate ai tre medici condotti di ciascuna provincia, ritenuti più meritevoli di detto premio, affinchè possano frequentare, nel maggio prossimo, il Corso di aggiornamento che verrà venuto nella Capitale e dalla Scuola Medica Clinico-Ospedaliera di Roma.

La decisione del prof. Bastianelli, mentre esprime incoraggiamento e plauso per la Scuola suddetta, che — sorta per iniziativa del Rettore della R. Università e del Presidente degli Ospedali Riuniti di Roma — riunisce in una simpatica comunità di intenti i clinici e i primari ospitalieri di Roma, sarà appresa con grande soddisfazione dalla classe medica italiana, che vede nell'attuale Commissario del Sindacato Nazionale un fervido realizzatore di un'attività sindacale pratica, intesa a favorire anche finanziariamente la tendenza a quel perfezionamento culturale della classe sanitaria italiana, che è di supremo interesse per il prestigio del medico e per il bene dei malati.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Su proposta del Capo del Governo e di S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale Giuseppe Bottai, S. M. il Re Imperatore ha nominato il Prof. Roberto Alessandri Grande Ufficiale nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro.
Rallegramenti vivissimi all'illustre Condirettore del nostro Periodico.

Il prof. Alfredo Fontana, allievo dei proff. Pepere e Devoto, in seguito a pubblico concorso è risultato primo al posto di primario medico all'Ospedale Fatebenefratelli-Fatebenesorelle in Milano. Il prof. Fontana aveva conseguito diverse volte la maturità in concorsi universitarii alla cattedra di Patologia speciale medica. Ci rallegriamo vivamente con lui per la brillante vittoria conseguita.

Il Consiglio di presidenza della Società italiana del progresso delle scienze ha conferito ultimamente 15 « Premi Littorio » di lire 1000 ciascuno ad altrettanti lavori presentati alla Società in occasione della 27ª riunione sociale tenuta a Bologna nel settembre dell'anno XVI.
Tra i lavori premiati sono quelli del dott. Guglielmo De Lucchi su « La profilassi della lussazione congenita dell'anca e di malattie articolari dipendenti da displasia congenita » e delle dott.sse Jole Pastore e Alda Maresca su « Ricerche sulle variazioni delle dimensioni e proporzioni del corpo e sulla data di eruzione dei denti permanenti in bambine romane nel periodo della seconda infanzia ».

Alla Società Napoletana di Chirurgia il nuovo Ufficio di Presidenza per il biennio 1939-1940 è risultato così costituito: prof. Leonardo Dominici, presidente; proff. Gaetano Cicconardi e Pasquale Del Torto, consiglieri, vice-presidenti; dott. Luigi Imperati, segretario-cassiere.

Il prof. G. Roussy, anatomo-patologo, rettore dell'Università di Parigi, è nominato membro dell'Istituto di Francia.

Il dott. José Alberto Palanca y Martinez-Fortin, professore d'igiene all'Università di Granata, è nominato capo del Servizio nazionale di sanità della Spagna.

NOTIZIE DIVERSE

Il 3° Congresso internazionale del cancro.

È convocato, sotto gli auspici dell'Unione internazionale contro il cancro, ad Atlantic City, dall'11 al 16 settembre. Presidente del congresso: prof. Francis Carter Wood, direttore dello « Intitute of Cancer Research » alla « Columbia University », 630 West 168 Street, New York; segretario-tesoriere: dr. Donald S. Childs, 713 E. Genesee Street, Syracuse, N. Y.; direttore generale dell'esposizione scientifica: dr. Elwin R. Witwer, Harper Hospital, X-Ray Departmənt, Detroit, Michigan; direttore generale dell'esposizione commerciale e dei viaggi: dr. A. L. Loomis Bell, Lond Island College Hôspital, Brooklyn, N. Y.
Per fare parte del congresso, inviare domanda accompagnata da una quota di 15 dollari. Gli assegni devono essere pagabili al « 3° Congresso internazionale del Cancro » e indirizzati al dottor Childs predetto.
Per informazioni rivolgersi al segretario generale dell'Unione, dr. Félix Sluys, avenue de la Couronne 10, Bruxelles, Belgio.

4° Congresso italiano di anestesia e di analgesia.

Nei giorni 10-11 maggio p. v. avrà luogo a Catania il 4° Congresso della Società Italiana di Anestesia ed Analgesia. I temi di relazione sono i seguenti:
1) Anestesia in urologia. Relatore prof. Luigi Caporale, direttore inc. Istituto Urologico della R. Università di Torino;
2) Trattamento intradermico delle algie periferiche. Relatore prof. Pero, Clinica Neurologica di Catania.
Nella prima giornata del Congresso si inaugurerà la nuova Clinica Chirurgica dell'Università di Catania con intervento di S. E. il Ministro dell'Educazione Nazionale. Contemporaneamente si terrà un raduno della Società Medico Chirurgica di Catania.
Gli Enti locali ed il Comitato organizzatore offriranno ricevimenti e pranzi ufficiali oltre a gite al Grande Albergo dell'Etna ed a Siracusa dove i Congressisti sono invitati alla rappresentazione dell'« Aiace » al Teatro Greco. Ribasso ferroviario del 50 per cento.
Per informazioni, iscrizioni e titoli di eventuali comunicazioni rivolgersi al prof. A. M. Dogliotti, Direttore R. Clinica Chirurgica di Catania.

Altri congressi e convegni.

Durante la prima quindicina di ottobre si svolgerà a Bologna il congresso della Società italiana di dermatologia e sifilografia, al quale interverranno specialisti e studiosi stranieri, specialmente tedeschi. I lavori si terranno nell'ampliata clinica dermopatica del Policlinico « S. Orsola ». Un ricordo marmoreo dell'insigne Maestro dello studio bolognese Domenico Majocchi, sarà scoperto nel decennale della morte, in occasione del congresso.

Il Collegio internazionale dei chirurgi terrà la sua assemblea biennale a New York dal 21 al 24 maggio, sotto la presidenza del dott. A. Crotti, di Columbus, Ohio, presidente internazionale. Per le iscrizioni rivolgersi al dr. Fred H. Albee, 57 West Fifty-Seventh Street, New York. Informazioni sulla mostra scientifica e su quella com-

merciale possono aversi dal dr. Edward Frankel jr., 217 East Seventeenth Street, New York.

Il 4° Congresso della Società internazionale di chirurgia ortopedica e di traumatologia, presieduta dal prof. Ombrédanne di Paris, avrà luogo a Berlino dal 4 all'8 settembre, con la presidenza del prof. Hohmann di Francoforte sul Meno. Temi in discussione: « Risultati delle riduzioni non cruente e cruente della lussazione congenita dell'anca », « Trattamento delle fratture del collo del femore ». Tra i relatori sarà il prof. Scaglietti di Bologna. Segretario: dr. Richard, rue Louis-David 8, Paris. Sono in programma visite, escursioni, trattenimenti.

In collegamento con questo congresso, l'8 e il 9 settembre si terrà la 34ª riunione della Società tedesca di ortopedia.

Il 5° Congresso internazionale d'infortunistica e pronto soccorso è indetto a Zurigo e St. Moritz dal 23 al 28 luglio; sono in discussione 8 temi. Per informazioni rivolgersi alla segreteria del Congresso: Schmelztergstrasse 4, Zürich, Svizzera.

Ricordiamo i convegni indetti a Milano per i giorni 21-23 aprile· 2ª riunione del Gruppo italiano per le malattie del Ricambio (21 aprile), 3ª riunione del Gruppo italiano per il reumatismo (22 aprile) e 4ª riunione del Gruppo cardiologico italiano (23 aprile). I tre convegni si svolgeranno nell'aula dell'Istituto di patologia medica e metodologia clinica, in via Francesco Sforza 35 (padiglione Sacco dell'Ospedale Maggiore). Dei primi due sono annunziati gli atti; tassa d'iscrizione L. 20; gl'iscritti riceveranno il volume degli atti.

Il 1° Congresso pan-americano di endocrinologia si terrà a Rio de Janeiro, sotto gli auspici di quella Accademia nazionale di medicina, dal 17 al 23 luglio. Temi: per la Sezione d'endocrinologia sperimentale: « Le funzioni della regione diencefalo-ipofisaria »; per la Sezione d'endocrinologia clinica: « Le forme atipiche e fruste dell'insufficienza surrenale »; per la Sezione d'endocrinologia chirurgica: « Chirurgia delle paratiroidi »; per la Sezione di terapia endocrina: « Lo shock ipoglicemico in psichiatria »; per la Sezione d'endocrinologia medico-sociale: « Endocrinologia e ortogenesi ».

La 15ª Conferenza medica pan-indiana si è adunata in Merut il 27 dicembre, sotto la presidenza dei dott. G. Da' Silva, con l'intervento di alte autorità. La signora Vijaya Lakshmi Pandih, ministro della sanità pubblica, inaugurò i lavori con un discorso in cui vennero lumeggiati i principali problemi sanitari dell'India, con speciale riguardo all'assistenza ospedaliera, alla creazione di un corpo d'infermiere, al passaggio dei medici militari nei servizi civili, all'immigrazione di medici stranieri.

Un congresso americano di ostetricia e ginecologia si terrà dall'11 al 15 settembre in Cleveland; sono in discussione molti temi; al congresso verranno unite due esposizioni: scientifica e tecnica. Sede sociale: 650 Rust Street, Chicago, Ill., S. U. d'A.

L'Associazione americana per lo studio del gozzo si adunerà a Cincinnati dal 22 al 24 maggio; i convenuti discuteranno vari temi sul gozzo e sulle malattie della tiroide, assisteranno ad operazioni chirurgiche ed a conferenze cliniche. Segretario: dr. Blair Mosser, Biddle Street 138, Kane, Pa., S. U. d'A.

Il 21 aprile avrà luogo a Cosenza il 4° Congresso regionale della Società Medico-chirurgica calabrese. Il congresso sarà presenziato dal professore Rocco Jemma, che richiamerà attorno a sè i maestri, colleghi, allievi di tutta la regione.

Nello stesso giorno, avrà luogo l'inaugurazione del grandioso Ospedale civile « Principe di Piemonte », nuova imponente opera realizzata dal Regime; si compone di cinque padiglioni collegati da gallerie; è capace di 300 letti; è costato circa 7 milioni di lire di cui 4 assegnati dallo Stato.

In occasione della « Esposizione del Progresso Sociale » di Lilla, si aduneranno in questa città vari congressi medici:

il 9° Congresso naz. francese della tubercolosi dall'11 al 13 aprile; sarà seguito da varie escursioni. La segreteria è presso il « Comité national de Défense contre la tuberculose », boulevard St.-Michel 66, Paris 6ᵉ;

il 3° Congresso francese di ginecologia dal 27 al 5 maggio; tema in discussione: « La partenologia », relatore F. Fayle. Segretario generale dr. Maurice Fabre, rue Jules Lefebre 1, Paris 9ᵉ;

un Congresso francese d'igiene scolastica l'8 e il 9 luglio. Segretario generale M. Porez, 68 rue Brûle-Maison, Lille.

La Società francese d'oftalmologia terrà il suo 52° Congresso a Parigi dall'8 all'11 maggio. Tema in discussione: « L'occhio e le malattie professionali ». Segretario generale dr. Mérigot de Treigny, square de Latour-Maubourg 1, Paris 7ᵉ.

Corso di aggiornamento.

La Scuola Medica Clinico-Ospitaliera di Roma, sorta per iniziativa del Rettore della R. Università e del Presidente degli Ospedali Riuniti, ha lo scopo di esercitare l'insegnamento pratico agli studenti del III e IV anno di medicina, di far compiere la pratica ospitaliera prescritta dalle vigenti leggi ai laureati prima dell'esame di Stato, ed infine di completare e migliorare la cultura professionale dei Medici mediante corsi di aggiornamento e di pratica medica.

Tale insegnamento verrà svolto, da parte di Professori universitari e di Primari ospitalieri liberi docenti, sia nelle Cliniche della R. Università che nei reparti degli Ospedali di Roma.

Al principio di ogni anno scolastico verranno annunciati i vari corsi che saranno tenuti. Per l'anno XVII, intanto, avrà luogo un corso di aggiornamento per medici, in medicina e chirurgia generali, nonchè nelle seguenti cliniche speciali: dermosifilopatica, oculistica, ostetrico-ginecologica e pediatrica, secondo il programma.

L'iscrizione al corso è aperta a tutti i medici abilitati all'esercizio della professione, a qualsiasi categoria essi appartengano.

Gli iscritti hanno l'obbligo alla frequenza di tutte le lezioni ed esercitazioni di medicina e chirurgia, nonchè di due cliniche speciali a loro scelta.

È possibile frequentare anche tre o tutte e quattro le cliniche speciali.

Alla fine del corso, purchè regolarmente frequentato, verrà rilasciato a richiesta un certificato di frequenza, dietro il versamento di L. 25.

Le domande, redatte in carta semplice, debbono essere indirizzate al Presidente della Scuola Medica Clinico-Ospitaliera e accompagnate dal versamento della tassa di iscrizione di L. 200. Per ogni specialità richiesta in più, oltre le due d'obbligo, è dovuta una sopratassa di L. 50. Chiedere il programma.

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria, Policlinico Umberto I, Roma.

Corsi di perfezionamento.

Presso la Facoltà medica di Parigi sono organizzati i seguenti corsi di perfezionamento:

in oftalmologia, dal 12 maggio al 16 giugno, sotto la direzione del prof. Lacassagne; tassa fr. 300;

in tecnica serologica ed ematologica, a partire dall'1 maggio, per 16 lezioni, sotto la direzione del prof. E. Peyre; tassa fr. 250;

sulla tubercolosi polmonare e sulle suppurazioni bronchiali, polmonari e pleuriche (due corsi), sotto la direzione del prof. Emile Sergent, nell'Ospedale Boucicart (rue de la Convention 78); tasse rispettivamente fr. 250 e 150; per i due corsi insieme fr. 350;

sulla tubercolosi infantile, nello « Hôpital des Enfants-Malades », dal 16 aprile al 13 maggio, sotto la direzione del prof. P. F. Armand-Delille; tassa fr. 300.

Rivolgersi alla segreteria della Facoltà.

Un corso di bronco-enfagocepia si terrà dal 28 aprile al 6 maggio, nell'Ospedale Lariboisière e nell'Anfiteatro anatomico degli Ospedali di Parigi, sotto la direzione del dr. A. Aubin; non si accettano più di 12 uditori; tassa 500 franchi; iscrizioni fino al 26 aprile, in rue du Fer-à-Moulin 17, Paris 5e.

I medici artisti alla radio nell'ora del dilettante.

Il dott. Cesare Sacconaghi, pioniere dell'« E.I.A.R. », socio fondatore dell'Associazione dei Medici Italiani Artisti, presidente degli « Amici della Musica » di Gallarate, riferendosi alle preannunciate nuove radiotrasmissioni, ha indirizzato alla Direzione Generale dell'« E.I.A.R. » la lettera seguente:

« Il proposito dell'« E.I.A.R. » di iniziare trasmissioni periodiche dal titolo « *L'ora del dilettante* » è ottimo, e interesserà certamente il pubblico dei radioascoltatori assai più di quanto forse si creda e per i motivi più disparati.

È bene che un Ente di tanta importanza ed autorità, voglia dare posto e valorizzazione ad una vasta categoria di persone finora trascurata e spesso a torto osteggiata. Troppo di frequente si confonde il dilettante serio e colto con quello vanitoso e ignorante; così accade che generalmente il pubblico e i professionisti dell'arte, giudichino in blocco i dilettanti come dei seccatori presuntuosi. Di questa incomprensione ed ostilità preconcetta, non sempre disinteressata, hanno esperienza, ad esempio, i medici artisti quando si propongono di esporre le loro opere d'arte o di presentarsi in concerti, salvo poi all'atto della manifestazione riscuotere consensi ed applausi unanimi.

Il vaglio d'una Commissione di audizione preventiva garantirà una selezione accurata degli aspiranti alla pubblica presentazione, e conferirà serietà di intendimenti alla simpatica iniziativa degna di successo. Temo per altro che molti dilettanti pure di valore esiteranno a fare domanda, oppure si rifiuteranno se richiesti, di farsi ascoltare e giudicare da un pubblico così immenso. Chi ha avuto occasione di organizzare concerti di medici, ha dovuto faticare non poco per persuadere a presentarsi in pubblico Colleghi, che hanno poi dimostrato di possedere insospettate qualità musicali non inferiori anche a quelle dei migliori professionisti.

In una mia pubblicazione: « *Antologia medica di arte e varietà* », edita nel 1933 (che spedisco a parte), ho segnalato alcuni medici musicisti italiani, tra cui si contano note personalità della scienza, i quali nelle ore di riposo consentite dall'esercizio professionale, si occupano di composizione, pianoforte, violino, canto, ecc. Altri ne ho più tardi conosciuti e applauditi in successive manifestazioni d'arte, dei quali sono pronto a dare, all'occorrenza, i nominativi, nella certezza che tali medici potrebbero onorevolmente figurare nell'ora del dilettante ».

Ci consta che la Direzione dell'« E.I.A.R. » ha provveduto ad invitare al microfono parecchi medici musicisti, particolarmente tra quelli illustrati dal dott. Sacconaghi nella sua « Antologia ».

Contro le pratiche abortive in Francia.

L'Alleanza nazionale contro lo spopolamento della Francia ha indirizzato un appello al Presidente del Consiglio Daladier, affinchè provveda a creare una brigata di polizia con scopo esclusivo di dare la caccia ai professionisti dell'aborto che limitano la natalità francese. Ricordato che Mussolini ha dichiarato nel suo discorso di Roma che i popoli fecondi sono forti e quelli sterili sono deboli e votati alla schiavitù e fatto notare che la Francia l'anno scorso ha avuto una eccedenza di 40 mila decessi mentre l'Italia ha avuto una eccedenza di 424 mila nascite, l'Alleanza nazionale insiste perchè si faccia cessare al più presto il massacro degli innocenti che viene attualmente praticato col concorso di sanitari senza scrupoli.

Azioni giudiziarie.

Nel Tribunale di Albi (cittadina francese presso Tolosa) il 23 marzo si sono svolti dei processi giudiziari contro due « guaritrici »: la giovane quindicenne Andrée Mauriel e la vecchia signora Vieu. Le due imputate erano accompagnate da cortei di clienti, che giuravano di essere stati da esse guariti. Interessante è stato il processo contro la giovane, la quale da un anno dà le sue consultazioni nel castello di Clairefond a Tersac; la folla di malati che ha affluito a lei da tutta la Francia è stata davvero straordinaria; si è anche istituita una succursale a Béziers. L'imputata era accompagnata dalla madre. La tesi sostenuta dalla difesa è che non si chiedeva alcun compenso ai pazienti; se però questi offrivano denaro, esso non veniva rifiutato. L'imputata esibì un diploma di « massaggiatrice estetica », rila-

sciatole da una pedicure di Nizza. Dal processo è risultata la morte di una cliente, colpita da apoplessia cerebrale. Il sindacato dei medici del Tarn, che si è costituito Parte Civile, chiedeva 50.000 franchi di danni ed interessi e l'internamento della giovane in un ricovero per la tutela dei minorenni. Il tribunale ha stabilito che il giudizio verrà emesso il 27 aprile.

(*Journ.*, 24 marzo 1939).

Un po' dovunque.

Tra i medici chiamati a far parte della Camera dei Fasci e delle Corporazioni, siamo lieti di segnalare anche i proff. Angelo Nicolato, direttore della R. Clinica oculistica di Pavia; Attilio Spizzi, l. d. di clinica oculistica a Pavia; C. A. Velo, primario chirurgo nell'Ospedale Civile di Bassano del Grappa.

La Regina Imperatrice, Presidente del « Centro Radio-medico Internazionale », ha ricevuto in udienza privata il prof. Guido Guida, direttore del Centro stesso, che ha riferito sui servizi della benefica istituzione in favore della gente di mare in navigazione. La Sovrana si è compiaciuta e interessata dell'organizzazione e del programma di sviluppo, e ha dato direttive per una maggiore valorizzazione dei servizi radio-medici in mare.

La Regina Imperatrice ha voluto testimoniare il Suo augusto interessamento alla C. R. I., donando alla stessa il materiale radiologico, già in funzione presso l'Ufficio Medico dei Sovrani. Il sen. Filippo Cremonesi ha destinato il cospicuo dono al Preventorio « Luigi Platania » a Igea Marina.

La Consulta Municipale di Napoli ha stabilito di intitolare alcune strade che risulteranno dalle nuove costruzioni in prossimità del grande Ospedale dello Scudillo ai nomi di Antonio Cardarelli, Antonio d'Antona, Sergio Pansini, Leonardo Bianchi e Michele Pietravalle, di cui i primi quattro furono membri nell'Ateneo e l'altro fu a lungo direttore generale degli Ospedali riuniti di Napoli.

Dal 26 marzo al 2 aprile si è svolta la « Settimana annuale » della Croce Rossa Belga, che ha festeggiato il suo 75° anniversario.

Il sen. G. Sanarelli ha tenuto il 3 aprile, presso l'Istituto di Studi Romani in Roma (Oratorio del Borromini), una interessante conferenza su « L'igiene nella vita pubblica e privata dell'antica Roma »; essa venne illustrata da proiezioni. Il nome dell'illustre oratore aveva richiamato un denso pubblico, tra cui erano spiccate personalità.

Da un'indagine effettuata dal G.U.F. di Addis Abeba, risulta che gli universitari fascisti residenti nei territori dell'Africa Orientale Italiana si aggirano sui 2500.

Una nuova legge in Romania ha creato una Cassa di credito, risparmio e prestiti destinata al personale sanitario di assistenza presso il Ministero di sanità e d'assistenza sociale. Oltre al personale del Ministero predetto, può farne parte il personale tecnico e ausiliario di altri Ministeri o d'istituzioni statali.

La Società delle medichesse jugoslave ha tenuto la sua assemblea generale a Belgrado. La Società dispone di un ospedale proprio, eretto mediante doni di dame della Gran Bretagna, della Scozia e degli Stati Uniti. Trovandosi in condizioni di disagio economico, ha affittato l'ospedale per tre anni. Ha deciso di creare un Centro di puericoltura per i quartieri più poveri di Belgrado. Alla presidenza è stata chiamata la dottoressa Vera Jovanovitch-Kovalschevitch.

Nello Stato di Indiana, a Zesper, una certa signora Scherle ha dato alla luce due gemelli a distanza di quattro settimane; il primo di essi alla nascita pesava kg. 2,5; il secondo kg. 3,5. Sono ben noti casi congeneri.

La polizia di Marsiglia ha arrestato, il 25 marzo, una banda di trafficanti di stupefacenti e alcole che avevano accumulato in depositi clandestini, in una fattoria dei dintorni di quella città, una tonnellata di opppio, eroina e altri prodotti tossici per un valore di alcuni milioni di franchi. Sono stati trovati anche parecchi ettolitri di alcole di contrabbando. Nella fattoria i trafficanti avevano inoltre installato un laboratorio perfezionato per la lavorazione degli stupefacenti.

La « casa del medico » francese, che già dispone di due residenze — castello delle « Charmilles » a Valenton, con immenso parco e facilmente collegato a Parigi da un servizio d'autobus, e residenza della « Badine » ad Antibes, tra Nizza e Cannes — ha riportato un successo che lascia prevedere ulteriori sviluppi. I dirigenti attuali dell'organizzazione, proff. Cunéo e Massart, hanno lanciato un nuovo appello ai colleghi favoriti dalla fortuna. La casa del medico offre un riposo gradevole e dignitoso ai medici anziani. (Sede sociale: rue de Clichy 51, Paris 9e).

Un gruppo di medici negri ha fondato l' « Istituto della Pennsylvania per la salute dei negri », a scopi prevalentemente educativi e propagandistici.

Va ora diffondendosi, negli Stati Uniti, un prodotto cosmetico detto « endocrene », che avrebbe lo scopo di « nutrire » la pelle; è largamente usato dalle donne. Esso contiene estradiol sintetico, un composto estrogeno che si è dimostrato in grado di favorire il cancro (ricerche di W. W. Gardner e collaboratori nei topi): il prodotto può dunque essere pericoloso.

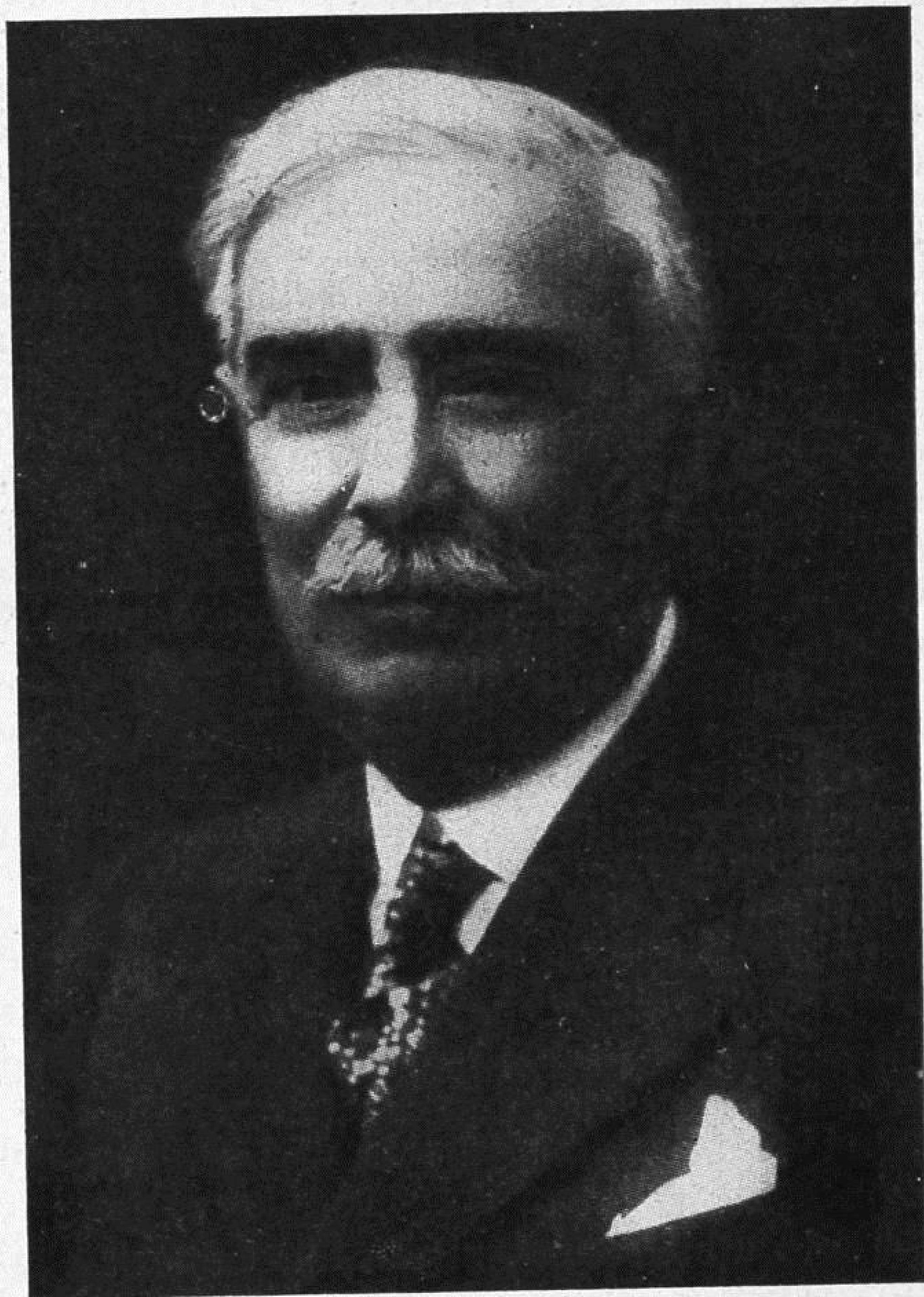
Ancora una volta la radio ha salvato una vita umana in circostanze drammatiche: un farmacista di Berlino, nel fornire delle pastiglie per la tosse ad una cliente, si era sbagliato e aveva consegnato pastiglie velenose; mediante la radio egli è riuscito a prevenire l'avvelenamento: descrisse personalmente al microfono i connotati della sconosciuta, che un'ora dopo riappariva nel suo negozio a cambiare la scatola: ella aveva sentito la notizia poco prima di prendere la prima pasticca.

Per mezzo di falsi documenti, certo Giuseppe Minali si era fatto accettare quale medico condotto interno nel Verniere, a Castagnaco, frazione di Menà; aveva praticato delle iniezioni endovenose e tentato qualche atto operativo; è stato smascherato a causa delle sue ordinazioni stravaganti.

SERAFINO BELFANTI

Il 6 marzo u. s. è morto a Milano il prof. sen. SERAFINO BELFANTI.

Nato a Castelletto Ticino (prov. di Novara) il 28 marzo 1860, dopo un'infanzia ed una adolescenza non privi di dolori e di disagi Egli si era laureato in Medicina all'Università di Torino nel 1886, e, trascorso un breve assistentato presso il prof. Giacosa, era divenuto nel 1887 assistente di quella clinica medica, allora diretta dal prof. Bozzolo.



Qui Egli compiva quelle Sue prime ricerche nell'allora nascente campo della batteriologia e dell'immunologia, e particolarmente sui microrganismi del tetano e della difterite, per l'ultimo dei quali Egli fu il primo a riconoscere la diffusione agli organi (broncopolmonite) e l'importanza dei portatori, che lo condussero nel 1894 alla libera docenza in batteriologia.

Per questa Sua particolare preparazione scientifica, che alla pratica mentalità del clinico Gli aveva permesso d'unire una sicura conoscenza proprio dei germi tossigeni e, di riflesso, dei fatti su cui si fondava la neonata sieroterapia, Egli fu allora chiamato prima a far parte del comitato promotore, e subito dopo a creare ed a dirigere l'Istituto Sieroterapico Milanese. Da quel momento, si può dire che la storia della Sua vita si fonde con quella di questa istituzione, alla quale Egli dedicò tutto se stesso, nelle ore amare della lotta e dell'insuccesso forse ancor più che in quelle liete della vittoria. Questa istituzione, che credo unica nel mondo pel modo come nacque e come fin dal principio fu concepita, era per Lui quasi una parte di se stesso; e chi ha seguito l'opera Sua dai primissimi anni fino ad oggi, non riesce a pensare all'una senza associarla all'altro, ed ogni giorno più sente lo strazio della fine di quella Sua presenza che, materiale fino a poco più di un anno fa, moralmente noi sentivamo ancora fino al triste giorno della Sua dipartita.

La Sua mente ad un tempo disposta alla ricerca scientifica come all'azione pratica, la vastità delle vedute e l'entusiasmo ancora quasi giovanile per quanto di nuovo e d'interessante apparisse nell'intero campo biologico, erano temperati sempre da un acuto senso critico e da una sicura conoscenza della vita e degli uomini; la prontezza dell'associazione d'idee, ed anche quella vivacità di fantasia senza della quale il lavoro scientifico diventa pedante fatica puramente esecutiva, Gli facevan vedere o pensare insospettati rapporti tra fatti apparentemente lontani e disparati, offrendo campo a quelle ipotesi di lavoro che Egli sottoponeva poi, personalmente o a mezzo dei Suoi collaboratori, al crivello della pratica sperimentazione. Ma a questa Sua mentalità geniale e pratica ad un tempo, Egli associava un temperamento d'artista, che si rivelava nel sorriso di glicini e di rose di cui aveva voluto allietare le rigide strutture di questo stabilimento industriale, nel Suo amore pei classici, nel Suo vivo sentimento della Natura, come nella particolare grazia e vivacità che faceva delle Sue conferenze scientifiche come dei Suoi discorsi, specie quando più ne *sentiva* il tema, un vero godimento dell'intelletto per chi Lo ascoltava.

Nei Suoi rapporti coi collaboratori e coi dipendenti, Egli fu sempre, per sentimento ed anche per concezione, paterno; ed il Suo tratto modesto ed affabile che ispirava ad un tempo affetto e rispetto, ne faceva davvero, com'Egli stesso desiderava essere considerato, « un padre coi suoi figli », piuttosto che un severo superiore. Non è a credere però che questo Suo tratto umano e cortese lo rendesse debole: per tutti noi come per Lui stesso l'interesse ed il progresso dell'Istituto Egli voleva che stessero al di sopra di tutto, e non mancava di far sentire la Sua severità a chi non L'intendeva, pronto però sempre al perdono verso chi riconoscesse e riparasse al suo errore. Un poco Gli era forse anche avvenuto quello che succede ai babbi, a cui i figlioli sembrano bambini anche quando sono adulti; sicchè nel potente Istituto, popolato ormai da parecchie centinaie di dipendenti, che in buona parte vi erano venuti solo in questi ultimi anni, talora pareva a me ch'Egli vedesse un po' ancora la modesta casetta dove si lavorava tutti insieme nel breve spazio di poche stanze, stretti contro le difficoltà della vita quasi come una famiglia.

Ma appunto per tale Sua concezione quasi famigliare di questa comunità di lavoro, creata e voluta da Lui dall'inizio ed in tutti i suoi successivi sviluppi, Egli era vicino sempre a quanti qui lavoravano, fossero essi giovani alle loro prime armi o uomini che avessero avuto già dietro di sè una vita scientifica prima della loro venuta all'Istituto; a volte suggeriva il tema dei loro lavori, ma anche quando così non era lo voleva conoscere e lo discuteva amichevolmente, e non di rado coll'uno o coll'altro di noi parlava dei propri lavori in corso od in progetto, con quella sana modestia ch'è di chi, appunto perchè sa, non disdegna, ed anzi desidera anche il parere altrui; e sempre, anche quando il Suo lavoro di direzione e di ri-

cerca più Lo assorbiva, Egli trovava il tempo di leggere i lavori di tutti noi prima che fossero inviati per la pubblicazione, non di rado commentandoli o discutendoli.

Perciò, non soltanto la Sua opera pratica ed organizzatrice si incarna nei successivi sviluppi dell'Istituto, ma anche la Sua opera scientifica non si limita alle pubblicazioni che portano il Suo nome, ma si riflette in qualche modo in tutto il lavoro qui compiuto da tutti i Suoi collaboratori, nei campi che a prima vista possono apparire più disparati e lontani.

Non poco, nè di poco valore, è stato, del resto, il lavoro Suo personale, anche facendo astrazione dalle molte ricerche richieste dalla speciale natura delle industrie a cui si dedica il Sieroterapico, ricerche ed esperienze in buona parte non destinate alla pubblicazione. Un'esposizione analitica di tutti, od anche una loro semplice enumerazione, ci porterebbe troppo lontano; perciò mi limito ad accennare ai gruppi di lavori di maggiore interesse.

Dopo i lavori precedenti alla fondazione del Sieroterapico — e dei quali sono importanti quelli sul bacillo del tetano, e l'altro che dimostrava l'importanza dei portatori nella diffusione della difterite — ne abbiamo un primo gruppo in collaborazione con Tito Carbone — Suo intimo amico e compagno d'Università, poi Suo assistente — che comprende quello, notevolissimo come lontano precursore di studî ed indirizzi moderni, sulla natura dell'antitossina difterica (1897), tema ripreso poi dal Nostro nel 1902; e gli altri sulle « sostanze tossiche nel siero di animali inoculati con sangue eterogeneo », prima constatazione della formazione di emolisine, anteriore di qualche mese alle ricerche del Bordet (1898), e sulla stretta specificità del siero antistreptococcico (1897).

Un altro gruppo molto interessante di lavori del Nostro è quello riguardante gli enzimi. A questi Egli aveva dedicato le Sue prime fatiche scientifiche, ancor prima della laurea; vi era ritornato in seguito, ed aveva voluto, fin dal 1907, che una Sua collaboratrice — posta poi a capo di una apposita sezione dell'Istituto — accanto ai preparati opoterapici ed ormonici curasse quelli enzimatici.

Ma dal 1923 fino, si può dire, ad oggi, Egli aveva poi intrapreso tutta una serie di notevolissime ricerche, le quali, partite da alcune esperienze ispirate dal desiderio di mettere a punto la preparazione ed il dosamento dell'insulina, attraverso il ritrovamento nel pancreas di una sostanza iperglicemizzante e di altre emo- e leucolitiche da questa derivate ed in seguito identificate colle lisocitine, si vennero poi sviluppando in un ampio studio, compiuto assieme al consulente chimico dell'Istituto prof. Contardi e ad altri collaboratori, su tutta la questione delle fosfatasi e del loro significato fisiologico e patologico, in campi diversi ed apparentemente distanti. Ed ancora tre giorni prima di morire Egli volle impostare un vasto piano di lavoro, affidato a collaboratori, sull'azione della lisocitina sui protozoi e sull'intimo meccanismo di essa.

Alla Sua mente vasta e pronta ad accettare ogni novità che si presentasse con solide basi, tesa sempre a scorgere la via da percorrere più che incline a contemplare i successi raggiunti, si deve la larghezza del campo in cui è venuta man mano spaziando tutta l'attività, scientifica e pratica, dell'Istituto, che già pochi anni dopo il suo inizio al territorio strettamente medico, rappresentato dal siero antidifterico, aggiungeva quello veterinario col vaccino anticarbonchioso (territorî poi ampliati col moltiplicarsi delle Sezioni dedicate all'uno od all'altro), ma che in seguito si estendeva anche alla batteriologia industriale ed agraria, già toccata a varie riprese dal Nostro con lavori personali e dei collaboratori, e poi concretatasi in un'apposita Sezione dal 1919.

Accanto a questa Sua opera scientifica e pratica, non dobbiamo dimenticarLo come divulgatore della Scienza: fra i profani colle Sue molte conferenze; per gli studenti, coi corsi Universitari tenuti da Lui e dai Suoi collaboratori, colla costruzione ed arredamento dell'Istituto batteriologico universitario nella sede stessa del Sieroterapico, colla cooperazione apportata fin dal loro inizio agli Istituti Clinici di perfezionamento, e col largo sussidio assegnato dall'Istituto all'Università di Milano; fra i medici, i farmacisti, i tecnici delle industrie italiani, cogli appositi corsi di perfezionamento organizzati per parecchi anni all'Istituto; per i biologi tutti, coi corsi di conferenze pure qui varie volte organizzati e colla larga e gratuita ospitalità offerta nei laboratorî scientifici dell'Istituto a studiosi italiani e stranieri.

Nè dobbiamo dimenticare quanto Egli fece per portare l'estero a conoscenza dei lavori italiani, colle pubblicazioni bibliografiche ed anche originali (Bollettino della Sezione italiana della Società internazionale di microbiologia) redatte in francese, appunto per renderle intelligibili a chi non conosca la nostra lingua, e colla partecipazione a congressi internazionali.

Ed ancora dobbiamo ricordare come dall'Istituto siano uscite, fin dai primi anni (1896), delle « Comunicazioni », mutatesi poi in un primo giornale regolare, la « Rassegna di bacterio-, opo- e sieroterapia » (1903-1908), dalla quale prese origine la « Biochimica e Terapia Sperimentale » rimasta al Sieroterapico fino al 1915. In seguito nacquero, sempre a Sua iniziativa o col Suo consenso, oltre alla « Terapia », che ha compiti più strettamente pratici, anche « La Clinica Veterinaria », il « Bollettino dell'Istituto Sieroterapico Milanese », ed il citato « Bollettino della Società internazionale di Microbiologia »; ma a me sia lecito anche di accennare ad un foglietto stampato per qualche tempo soltanto, col benevolo consenso ch'Egli dava anche alle iniziative scientifiche meno largamente accette, per formare quasi un aggruppamento ideale di quanti, in Italia ed all'estero, si interessavano ai problemi di immunità nelle piante.

Se il Sieroterapico era, per così dire, la creatura prediletta del Nostro, ciò non vuol dire che vivissimi non fossero in Lui altri affetti. Voglio dire, l'amore alla famiglia; il culto ardente ed operante per la Patria; e, non ultimo, il vincolo tenace che L'univa al paese natio, alla Sua bella ed amata Castelletto, dove tutti Lo amavano e ch'Egli aveva colmato di beneficenze e d'aiuti in ogni campo, dall'istituzione dell'asilo infantile a cui aveva provveduto fin dai tempi delle Sue maggiori ristrettezze economiche, all'acquedotto studiato e progettato a Sue spese fino dal 1902, ed ancora appoggiato in ogni maniera fino alla sua recente realizzazione; e proprio a questo Suo paese Egli ha voluto dedicare le fatiche rubate al Suo riposo in questi ultimi anni, colla pubblicazione dell'interessante e bel volume storico « Castelletto sopra Ticino » (1938).

Accanto alle molte amarezze ed alle non poche soddisfazioni di questa Sua lunga vita di lavoro, non mancarono naturalmente al Nostro i riconoscimenti ufficiali e le onorificenze. Egli era infatti membro delle Accademie mediche: Lombarda, di Torino, di Roma; della Giunta Esecutiva del Consiglio Nazionale delle Ricerche, per la Biologia; socio corrispondente dell'Accademia Medico-Fisica Fiorentina; membro effettivo e vice presidente del R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere; membro della Deutsche Akademie der Naturfoscher, della Biochemical Society di Londra, e della Commissione permanente della Società Internazionale di Microbiologia; membro onorario della Indian Academie of Sciences; socio corrispondente della Wiener Gesellschaft für Mikrobiologie. Era inoltre Tessera d'onore del P. N. F., al quale era iscritto dal 1923; Grande Ufficiale della Corona d'Italia; Cavaliere del lavoro; Senatore del Regno; Gran Croce d'oro della Repubblica d'Austria. Inoltre all'Istituto aveva avuto la visita di numerosi personaggi, dai molti scienziati italiani e stranieri a S. M. il Re.

Ma ciò che riuscì forse più di tutto gradito al Suo cuore, furono gli onori che Gli resero allievi, dipendenti, colleghi ed amici in occasione di qualche importante ricorrenza della Sua vita; così le feste pel 25° anno del Sieroterapico, nel 1919, e così pure le onoranze a Lui rese pel cinquantesimo anno della Sua laurea, nel 1937, concretatesi nella formazione di una borsa di studio intitolata al Suo nome nella R. Università di Milano.

Nulla più che l'affettuosa ammirazione per Lui e per l'opera Sua Lo commuoveva e Lo allietava; e di tale affetto è ora purtroppo ultima testimonianza l'unanime rimpianto di quanti Lo hanno conosciuto ed amato. DOMENICO CARBONE.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Chin. Med. Journ., ott. — J. HUA LIU e H. HSÜ. Paralisi delle corde vocali.

Speriment., M. A. CESTARI. Tbc. sperimentale del polmone collassato. — E. VIDARI. Genesi di ulcerosi e di cirrosi del feg. — O. CARERA-COMES. Dieta acida ed alcalina.

Arch. p.le Sc. Med., ott. — B. SALOTTO. Diabete normoglicemico.

Münch. Med. Woch., 11 nov. J. KRETZ. Lotta contro la tendenza al cancro mediante le diete. — H. J. LAUBER e al. Influenza delle vitamine solubili sul cancro.

Med. Klin., 11 nov. — H. HILPERT. Trattam. del morfinismo. — Referendum sul prontosil in ginecol.

Brit. Med. Journ., 12 nov. C. H. BEST. Eparina e trombosi. — A. I. PRICE e A. B. REPER. Ipoglicemia spontanea.

Journ. A. M. A., 5 nov. — G. C. SHATTUCK. Deficienza nutritiva e sist. nerv. C. M. EKLUND e al. Encefalite umana d'orig. equina.

Amer. Journ. Med. Sc., nov. — E. SCHIÖDT. Rigeneraz. del sangue nell'uomo. — Y. W. J. BRUCKNER e al. Anoressia nervosa e cachessia pituitaria. — S. DORST. Ipoglicemia cronica.

Acta Med. Scand., I-II. — A. ENGEL. Condizioni somiglianti l'acondroplasia; condroosteodistrofia. — P. BAHUNSEN e al. Effetto subbiettivo col belafenol.-isopropl.-aminsolfato nell'adulto normale. — I. STÄHLE. Tbc. polm. cavernosa trattata con pneumotor. doppio.

Journ. A. M. A., 29 ott. — L. BIERRING. Infezioni focali. — N. R. ABRAMS e W. BAUER. Trattam. dell'artrite reumatoide con alte dosi di vit. D. — P. C. BUCY. La sulfanilamide nel trattam. dell'ascesso cerebr. e nella prevenzione della meningite.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 17 Aprile 1939 - XVII Num. 16

"IL POLICLINICO„

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

Il regime dei riflessi tendinei e cutanei nelle compressioni della coda equina.

Prof. VINCENZO NERI (Bologna).

Il regime dei riflessi nelle compressioni della coda equina è del tutto diverso dal regime dei riflessi delle compressioni midollari. Mentre queste ultime si manifestano di regola con una ariflessività localizzata in corrispondenza al limite superiore della lesione e con una iperriflessività generalizzata a valle della lesione, le compressioni della coda equina, al pari di ogni lesione delle vie centripete o centrifughe dell'arco riflesso si manifestano di regola con una ipo od ariflessività generalizzata, più o meno estesa, più o meno accentuata a seconda del numero delle radici compresse e del diverso grado della compressione stessa.

Solo una compressione extra-durale in prossimità del foro di coniugazione, potrebbe manifestarsi con un'ariflessività localizzata nell'ambito del nervo radicolare compresso, attraverso la guaina durale. Ma coll'estendersi della compressione alla coda equina, all'ariflessività localizzata iniziale finirebbe col sostituirsi un'ariflessività a distribuzione pluriradicolare.

Le radici nervose che costituiscono la coda equina tengono sotto il loro dominio tutti i riflessi tendinei e cutanei degli arti inferiori, compreso il riflesso cremasterico, che ha il suo centro riflesso a livello del secondo segmento lombare; il riflesso bulbo-cavernoso che ha il suo centro riflesso a livello del terzo segmento sacrale; il riflesso anale che si manifesta con una contrazione dello sfintere esterno dell'ano e che ha il suo centro riflesso a livello del quinto segmento sacrale; e infine il riflesso dell'elevatore dell'ano, il cui centro è a livello dell'unico segmento coccigeo.

Nelle compressioni della coda possono distinguersi altrettanti livelli quanti sono i fori di coniugazione che vanno dalla seconda vertebra lombare alla seconda vertebra sacrale e che si estendono su di una lunghezza di circa 18-20 cm.

Il livello superiore della compressione è di

regola determinato dall'abolizione del riflesso o dei riflessi corrispondenti alla radice più alta. La determinazione del livello inferiore, che nelle compressioni midollari può essere delimitato dall'arresto dei riflessi di difesa, si sottrae di regola qui ad ogni indagine.

Più alta e più estesa è la compressione e più l'ariflessività sarà generalizzata, tanto più bassa è la lesione e tanto più limitata sarà l'ariflessività.

Prenderemo successivamente in esame il regime dei riflessi tendinei e in seguito quello dei riflessi cutanei.

Per meglio comprendere il regime della riflessività nelle lesioni della coda, gioverà tener presenti taluni dati anatomici, sopratutto in vista di un intervento.

Le radici più alte, occupano all'interno del sacco durale la posizione più laterale, mentre le radici più basse occupano la parte mediana.

La guaina durale che avvolge il nervo radicolare formato dalla coalescenza della radice anteriore e posteriore, si stacca dal sacco durale a metà circa del corpo vertebrale per dirigersi ad angolo acuto verso il foro di coniugazione sottostante. Questa disposizione fa sì che una lesione extradurale che comprima la coda equina al disotto e all'indentro della guaina durale risparmierà il nervo radicolare e si manifesterà quindi con sintomi di sofferenza delle radici sottostanti.

Una delle cause più frequenti di compressione della coda, è data dall'ernia del disco intervertebrale. La sede più frequente dell'ernia del disco è lo spazio intervertebrale tra 4ª e 5ª vertebra lombare. Or bene tra 4ª e 5ª vertebra lombare passa il 4° nervo lombare; si potrebbe dunque credere che questa radice subisse la compressione da parte del disco erniato e si manifestasse quindi con un'ariflessività nel dominio della 4ª radice lombare. In realtà, il più delle volte, le cose non vanno così. L'ernia nella sua uscita laterale dal legamento longitudinale posteriore, risparmia il 4° nervo lombare, che sfugge alla compressione per la sua obliquità, e schiaccia il sacco durale nel suo margine esterno pizzicando la 5ª radice lombare che occupa la parte esterna del sacco durale e le radici attigue. Si spiega così l'apparente paradossalità di una compressione fra 4ª e 5ª vertebra senza concomitante lesione del 4° nervo lombare.

Giova tener presente questa disposizione anatomica sopratutto dal punto di vista della topografia vertebro-radicolare per non suggerire al chirurgo una laminectomia che rischierebbe di essere al livello sottostante alla lesione.

Non appena la compressione interessi alcune radici si potrà constatare un'associazione di ariflessività e di iporiflessività a seconda del diverso grado della compressione sulle radici stesse.

Mentre nelle compressioni endodurali si constata di regola un progressivo estendersi dell'ariflessività che va di pari passo coll'aggravarsi della compressione, in talune compressioni extradurali può osservarsi una *fluttuazione della riflessività*, che va di pari passo col diminuire o coll'aggravarsi della compressione stessa. È ciò che si osserva talvolta nelle compressioni della coda da angioma vertebrale, o nel morbo di Pott lombo-sacrale: Le sindromi di compressione della coda equina nel corso dell'evoluzione di un morbo di Pott lombare o sacrale sono relativamente rare. Ma è relativamente frequente in questa localizzazione constatare delle sindromi radicolari, che realizzano un abbozzo di sindrome della coda.

A seconda dell'aumentare o diminuire della compressione può constatarsi in questi casi uno scomparire od un riapparire di riflessi, evenienza quest'ultima che di regola coincide collo svuotarsi dell'ascesso nella fossa iliaca.

La stessa fluttuazione della riflessività può pure constatarsi nei primi tempi dell'ernia del disco.

Ciò posto, io desidero richiamare l'attenzione su talune peculiarità che accompagnano l'abolizione o la diminuzione dei riflessi nella compressione della coda.

È noto che la scomparsa di un riflesso può accompagnarsi all'inversione del riflesso stesso, inversione che è l'espressione di una irradiazione di stimolo da un segmento ineccitabile ad un segmento attiguo di eccitabilità normale.

Dal giorno in cui Babinski richiamò l'attenzione sull'inversione del riflesso del radio nelle lesioni del 5° segmento cervicale, si moltiplicarono gli esempi d'inversione sia agli arti superiori che agli arti inferiori.

Si comprende come anche nelle lesioni della coda si possano constatare delle inversioni, ma queste hanno qui talune caratteristiche che sono sfuggite sino ad oggi agli osservatori. Così avviene talvolta di osservare che la percussione del riflesso rotuleo, quando esiste una compressione della 3ª radice lombare, può provocare la contrazione del muscolo gracile, e degli adduttori. Altra volta la percussione del tendine rotuleo provoca una contrazione dissociata dei muscoli della coscia e precisamente del semitendinoso e semimembranoso. Analoghe inversioni dissociate o parcellari si riscontrano in casi di scomparsa del

riflesso achilleo; la percussione del tendine di Achille può provocare la contrazione isolata delle ultime tre dita del piede ed altra volta la flessione dell'alluce nella sua seconda falange od altra volta una contrazione isolata del tibiale anteriore.

Queste *inversioni parcellari* che possono variare col variare della sede e della gravità della compressione sono rivelatrici di sofferenza della coda equina; esse sono l'espressione del diffondersi dello stimolo alle fibre rispettate dalla compressione.

E prendiamo ora in esame il regime dei riflessi cutanei. A seconda della sede e della ampiezza della compressione noi potremo constatare le alterazioni più diverse della riflessività cutanea. A differenza dei riflessi tendinei, che si manifestano sempre con un ipo od un'ariflessività, i riflessi cutanei possono talvolta essere più vivaci, vivacità che è l'espressione di uno stato irritativo della radice da cui dipende il riflesso.

Così ad esempio il riflesso gluteo, che si manifesta con la contrazione del grande gluteo per strisciamento della parte media della natica anzichè provocare una contrazione isolata della natica, può provocare una serie di contrazioni, una sorta di mareggiamento, che può persistere per qualche tempo dopo l'eccitazione e che talvolta si propaga al semitendinoso e al semimembranoso.

Ma è sopratutto il riflesso plantare che nelle compressioni della coda può subire le modificazioni più caratteristiche. La pianta del piede dal punto di vista dell'innervazione radicolare è suddivisa in due dermatomi: un dermatoma corrispondente al lato interno del piede, che è innervato dalla 5ª radice lombare e un dermatoma corrispondente alla metà esterna della pianta, che è innervato dalla 1ª radice sacrale. Mentre in condizioni normali l'eccitazione di queste due zone riflessogene è di regola seguita dalla flessione plantare delle dita e dalla contrazione del muscolo tensore della fascia lata, quando esista una perturbazione del midollo lombo-sacrale, o delle radici che da questo si dipartono, l'eccitazione dei singoli dermatomi della pianta del piede può determinare risposte diverse che hanno questa caratteristica di essere dissociate o parcellari.

Una di queste dissociazioni è stata descritta da Francesco Bonola nelle lesioni della V radice lombare. In questo caso lo strisciamento della pianta del piede provoca una flessione isolata delle dita senza contemporanea contrazione del tensore della fascia lata.

Nelle lesioni della 1ª e 2ª radice sacrale è esattamente l'inverso che suole osservarsi: contrazione isolata della fascia e mancata flessione delle dita.

Nelle lesioni della coda possono osservarsi altre inversioni e dissociazioni, ad esempio: flessione dorsale e rotazione interna del piede per contrazione isolata del tibiale anteriore; ovvero, adduzione della pianta del piede per contrazione del tibiale posteriore, o ancora flessione isolata dell'alluce e contemporanea estensione delle altre dita.

In un caso di compressione della coda da ernia del disco fra la 3ª e 4ª vertebra lombare visibile ai raggi e felicemente operato dal prof. Putti, lo strisciamento della pianta del piede nel suo bordo interno provocava un movimento di adduzione del piede a sinistra; lo strisciamento del bordo esterno era seguito da una leggera flessione dell'alluce e del mignolo e da estensione delle altre dita. A destra invece lo strisciamento della pianta del piede provocava costantemente una flessione isolata del 2° e del 3° dito.

Queste *inversioni dissociate* dei riflessi tendinei e cutanei sono del tutto caratteristiche nelle compressioni della coda equina; ma esse non costituiscono che una parte del quadro semeiologico della sofferenza poliradicolare chè in realtà, e i disturbi motori e i disturbi sensitivi che caratterizzano le lesioni della coda equina, hanno questo carattere comune di essere dissociati.

Mi si potrebbe obbiettare che oggi questo lusso di semeiologia è superfluo dopo la geniale scoperta di Sicard, grazie alla quale il livello di una compressione può essere delimitato con precisione geometrica. Sarei tentato di rispondere a costoro colle parole di un grande neuro-chirurgo, Carlo Elsberg, proprio a proposito dei tumori della coda equina.

Premesso che i tumori della coda rappresentano il 15 % dei tumori extra e intradurali, dopo aver parlato delle difficoltà di una diagnosi esatta di localizzazione dal punto di vista chirurgico, soggiunge: « il lipiodol può essere utile; ma esso può arrestarsi ad un livello che non corrisponde al limite esatto del tumore per dislocazione delle radici, per aderenze o placche calcari dell'aracnoide. In due casi di nevrite della coda si ebbe un parziale arresto del lipiodol alla 2ª e alla 5ª vertebra lombare. Questi fatti dimostrano che specialmente in questa regione il lipiodol può essere fermato da altri processi all'infuori del tumore. Nei tumori della coda, come per gli altri tumori del midollo la diagnosi deve basarsi sull'anamnesi e su accurati e ripetuti esami neurologici e sulle modificazioni della composizione e della pressione del liquor.

RIASSUNTO.

L'A. richiama l'attenzione sul regime dei riflessi tendinei e cutanei nelle compressioni della coda equina.

Al pari di ogni lesione delle vie centripete o centrifughe dell'arco riflesso, le lesioni della coda equina si manifestano con una iporiflessività o con una ariflessività più o meno generalizzata a seconda del grado o dell'estensione della compressione.

Il livello superiore della compressione è determinato dall'ariflessività corrispondente alla radice più alta.

I riflessi non solo sono indeboliti od aboliti, ma spesso invertiti, e l'inversione ha qui questo carattere peculiare di essere dissociata o parcellare.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DEL LITTORIO - ROMA
PADIGLIONE CESALPINO
diretto dal Prof. A. SEBASTIANI.

Su di un tumore maligno primitivo della pleura con versamento ematico e parziale trasformazione dell'emoglobina in bilirubina.

Dott. CESARE PIGNOCCO, assistente.

Il 1° maggio 1934 veniva ricoverato nel Padiglione Cesalpino dell'Ospedale del Littorio, B. Cesare, di anni 67, marmista. I disturbi che avevano indotto il malato a chieder ricovero in Ospedale richiamavano già l'attenzione sull'apparato respiratorio, avendo egli presentato, circa sei mesi prima, tosse con espettorato catarrale, dispnea, febbre alta continua, per circa 15 giorni. La febbre era quindi caduta, persistendo tuttavia, sebbene attenuata, la tosse, sempre con espettorato catarrale; finchè alla metà di marzo erano ricomparse elevazioni termiche serotine, moderate, intorno ai 37°,5, il malato aveva cominciato a soffrire di un insistente e penoso dolore retrosternale, dolori alla spalla destra, dispnea; e nell'espettorato, per tre volte, erano state notate striature di sangue. Una puntura nell'emitorace S. era stata, allora, negativa.

Gli antecedenti remoti, famigliari e personali, non erano senza interesse. Due fratelli morti di tumore maligno, non altrimenti precisato. La moglie aveva avuto 10 gravidanze, tutte interrotte da parto prematuro intorno al 7° mese, e solo l'ultima nata era vivente, gli altri essendo tutti morti nel primo giorno di vita. La figlia, infermiccia, aveva una RW positiva.

Il paziente non aveva avuto malattie fino al 1930, e non aveva nemmeno avvertito alcun segno di contagio venereo. Ma nel 1930 aveva cominciato a soffrire di cefalea — al vertice e alla nuca — pressochè continua. La RW praticata in quel tempo fu + + +. Aveva fatto una serie di iniezioni di preparati di bismuto, dopo di che era scomparsa la cefalea. Un'altra serie di iniezioni di bismuto era stata praticata nei primissimi mesi dell'anno in corso.

Il soggetto si presentava, al momento del primo esame, in discrete condizioni generali, buona nutrizione, buona sanguificazione della cute e delle mucose. Lievi edemi agli arti inferiori. Apirettico. Emitorace S. immobile, non dilatato, assenza di marezzature venose, superficiali (assenza di tumefazione delle linfoglandole ascellari). Ottusità a tutta altezza rilevabile sia anteriormente che posteriormente e nella regione ascellare; l'ottusità si accompagnava a una notevole resistenza alla percussione; ottusità vertebrale alla III D.; scomparsa dell'area di Traube. Fremito toraco-vocale abolito, ascoltatoriamente soffio bronchiale debole, lontano, broncofonia. A D. si notava la presenza del triangolo di Grocco, si ascoltavano alcuni sibili diffusi e qualche rantolo fine alla base. Il cuore, di cui non era delimitabile il confine sinistro-superiore, debordava di due dita trasverse dalla margino-sternale D., e così il fascio vascolare sopracardiaco.

Secondo tono sul focolaio dell'aorta, rude e rinforzato.

Polso ritmico, di freq. 104, di ampiezza e pressione normali.

Tensione arteriosa al Riva Rocci Mx. 135, Mn. 70.

Addome alquanto prominente, milza di consistenza aumentata, polo inferiore debordante due dita e mezzo dall'arcata costale; fegato debordante un dito, di normale consistenza, a superficie regolare.

Fu subito praticata una puntura esplorativa nell'emitorace S., e si estrassero 20 cc. di liquido limpido, di un color rosso marsala che ricordava esattamente quello delle urine di soggetti affetti da ittero statico. Gli esami di laboratorio, praticati per un primo orientamento, diedero i reguenti risultati:

Reazione di Rivalta +.
Albumina 30 ‰.
Reazione di Gmelin positiva.

Sedimento — dopo prolungata centrifugazione — scarso, ematico, costituito quasi totalmente da eritrociti più o meno ben conservati, scarsi granulociti, assenza di cellule endoteliali, di elementi cellulari neoplastici.

Il decorso della malattia non presentò, nei primi tempi, nulla di notevole. Il malato era, fin dal giorno del ricovero in ospedale, apirettico e anche i disturbi soggettivi s'erano spontaneamente attenuati. Persisteva una notevole dispnea, sebbene non proprio gravosissima anche prima che fosse praticata la toracentesi.

L'interesse del caso era costituito, da un lato, dalla ricerca della cuasa che aveva determinato un così cospicuo versamento pleurico, e con caratteri così peculiari, sebbene non proprio eccezionali; dall'altra, dall'analisi dei caratteri del versamento stesso, e della sua composizione: problema, questo, che almeno in parte si connetteva con il primo quesito.

La RW. nel sangue, praticata nei primi giorni, fu negativa; s'è visto, del resto, come il malato avesse da poco finito una serie di iniezioni di preparati di bismuto. L'esame dell'espettorato — catarrale — fu negativo per il

bac. di Koch. L'esame radiologico del torace non diede, com'è naturale, nessun risultato, e nemmeno fu più dimostrativo dopo una prima toracentesi, in cui furono estratti 1000 cc. di liquido e introdotta piccola quantità di aria filtrata; il reperto radiologico fu infatti quello di una opacità a camicia, portantesi dalla base in alto fino all'apice, con massima intensità verso il seno costo-diaframmatico, tanto da nascondere il diaframma; l'aria introdotta essendosi raccolta verso il mediastino.

L'inoculazione nella cavia di liquido pleurico fu negativa: la cavia, sacrificata dopo un mese, non presentava alterazioni riferibili a tubercoli.

Ad un secondo esame del liquido pleurico, di cui i caratteri fisici non erano mutati, si ritrovò positiva la reaz. di Gmelin, e positiva anche la reazione di Jaffè per l'urobilina. La reazione di Hijmans van den Bergh fu negativa, positiva però dopo trattamento con alcool; e il dosaggio della bilirubina (van den Bergh quantitativa) diede: UV 20,42 = 0,102. Negativa la ricerca degli acidi biliari (reaz. di Pettenkofer). Positive le reazioni micro-chimiche del ferro.

L'esame spettroscopico del liquido dimostrò un oscuramento progressivo dal rosso fino a tutto il violetto, ben evidente soprattutto dalla destra del verde: lo spettro caratteristico, se di caratteristica si può parlare, della bilirubina.

Benchè l'andamento dell'infermità, l'assenza, nel liquido pleurico, di altri elementi biliari che non fossero i pigmenti — bilirubina ed urobilina — facessero a priori e categoricamente escludere un'ipotetica e ben eccezionale evenienza di diretto versamento di bile, attraverso il diaframma, dalle vie biliari intraepatiche nel cavo pleurico, fu praticato un pneumoperitoneo seguito da esame radiologico, che avrebbe almeno potuto in parte informare sullo stato della cupola diaframmatica S, che sia clinicamente che radiologicamente risultava immobile, e al disopra della quale l'opacità era più densa, mentre, al disotto, si palpava una milza aumentata di volume e di consistenza. Ricerca che d'altronde non diede pratico risultato perchè l'introduzione di 1200 cc. di ossigeno staccò appena la cupola epatica, a D. mentre piccole quantità di gas delimitavano incompletamente il margine superiore verso Sin.; il polo superiore della milza non si era staccato dal diaframma, una densa e compatta opacità interponendosi tra emi-diaframma S., polo superiore della milza, margine sup. dell'ala S. del fegato. Nè si potè oltre forzare l'introduzione del gas, a causa delle condizioni del malato, di cui la dispnea erasi accentuata.

Malgrado la prima evacuazione — di 1000 cc., praticata il 4-V — furono necessarie numerose altre toracentesi nell'ulteriore decorso della malattia, con estrazione di quantità variabili dai 500 ai 1000 cc. Ogni volta furono ripetute, nel liquido pleurico evacuato, le indagini di laboratorio, e segnatamente quelle tendenti alla determinazione del tasso bilirubinico. Il liquido mantenne fin quasi all'obitus, gli stessi caratteri: color rosso-marsala, sedimento ematico. Quanto alla Hijmans van den Bergh, essa si mantenne costantemente negativa nella prova diretta, e positiva nella reazione indiretta. I valori successivamente ottenuti, con la determinazione quantitativa, vengono qui riportati:

	toracentesi	
9-V	1000 cc.	UV 20,42 = 0,102
28-V	300 »	» 13,22 = 0,066
12-VI	850 »	» 12 = 0,060
7-VII	1000 »	» 8 = 0,040
24-VII	600 »	» 13,2 = 0,066
6-IX	300 »	» 6,12 = 0,0306

(Due toracentesi erano state, inoltre, praticate il 5-VIII e il 27-VIII).

Il 23-IX la puntura esplorativa praticata, come le precedenti, sull'ascellare posteriore, fu negativa; ripetuta allora la puntura sulla paravertebrale S., con risultato positivo, fu praticata un'ultima toracentesi, di 400 cc., questa volta con esito in liquido schiettamente emorragico, nel cui sedimento non si rinvennero che elementi ematici.

Il malato si mantenne nei primi mesi di malattia in buone condizioni generali, senza peggioramento dello stato di nutrizione — anzi presentando anche per qualche settimana un aumento di peso — nè della crasi sanguigna; intensificandosi tuttavia la dipnea, che non traeva molto giovamento nemmeno delle ripetute toracentesi. Il reperto obbiettivo del torace, come anche ripetuti esami radiografici, non mostrarono altro che l'oscillazione del livello liquido — in rapporto con il riprodursi del versamento e le varie evacuazioni di esso — e lo spostamento del mediastino verso D.; al disopra del livello liquido persisteva, clinicamente, una notevole ottusità con riduzione del fremito e del murmure, e, radiologicamente, una opacità diffusa che non permetteva una indagine proficua nemmeno del tratto di parenchima polmonare non coperto dal versamento.

Si praticarono al paziente — oltre a una cura calcica per via endovenosa — iniezioni di preparati antiluetici (arseno-benzoli e bismuto) e diuretici mercuriali.

Il 9 ottobre, senza che si fossero manifestate nuove evenienze patologiche a carico degli altri apparati e sistemi, e in un progressivo aumento della dispnea e con un peggioramento dello stato generale, osservato peraltro quasi esclusivamente nelle ultime settimane, il malato venne a morte.

Ci si era dunque trovati in presenza di un cospicuo e continuamente riproducentesi, versamento pleurico: versamento emorragico, sia perchè nel liquido pleurico era sempre dimostrabile un sedimento ematico, sia perchè la presenza in quantità abbastanza rilevante di bilirubina non era altrimenti spiegabile che con una trasformazione in loco dell'emoglobina del sangue stravasato, in bilirubina. Nessun altro dato, ci fornì, per una diagnosi di natura, il liquido pleurico, non rinvenendosi nel sedimento altri elementi che eritrociti e scarsi leucociti; non elementi endoteliali, non cellule neoplastiche. Unico dato notevole, sebbene negativo, quello della prova biologica, l'inoculazione nella cavia.

Pleurite emorragica, dunque; e pachipleurite, perchè l'ottusità, persistente dopo le toracentesi, e, radiologicamente, la persistente diffusa opacità, nonchè il senso di resistenza alla percussione e la resistenza opposta all'ago e alla cannula, indicavano chiaramente l'esistenza di un rilevante ispessimento della pleura parietale.

Scartata come poco probabile — malgrado i precedenti del malato — una eziologia luetica di questa pleurite, una pleurite del periodo secondario infatti accompagnandosi di regola a manifestazioni cutanee e mucose, nel nostro caso assenti, ed in ogni modo essendo di breve durata; ed anche una pleurite terziaria, concomitante o no a lesioni gommose pleuro-polmonari cedendo facilmente ad una cura specifica, mentre nel nostro caso detta cura era rimasta senza effetto; scartata, dunque, la natura luetica della pleurite, rimanevano a considerare le due evenienze: di una pleurite tubercolare — e precisamente: pachipleurite tubercolare — e di un tumore primitivo pleurico o pleuropolmonare.

Ma contro la natura tubercolare deponeva l'esito negativo della inoculazione nella cavia, e, anche, il fatto che tutto il decorso della malattia, dal giorno del ricovero in Ospedale — salvo, quindi, un breve periodo iniziale — ebbe ad essere apirettico, solo essendosi osservate, a lunghi intervalli, fugaci elevazioni termiche; mentre il carattere così spiccatamente emorragico del versamento faceva propendere più facilmente ad un tumore. Cosicchè, malgrado la mancanza di una vera e propria cachessia; malgrado l'assenza di marezzature venose nell'emitorace colpito, frequenti, specie nel decorso ulteriore dei tumori pleurici, e di ingorgo glandolare nelle regioni ascellare e sopraclaveare — segno di così notevole importanza — malgrado infine il mancato reperto di cellule neoplastiche nel sedimento pleurico, la diagnosi più probabile apparve quella di un tumore maligno primitivo della pleura; deponendo, soprattutto, in questo senso, l'età avanzata del malato, il così cospicuo versamento emorragico, l'andamento quasi costantemente afebbrile. E, data l'ottusità globale, completa — anche dopo lo svuotamento — e l'opacità diffusa all'esame radiologico, ci si orientò, come criterio di probabilità — verso una varietà di quei neoplasmi primitivi della pleura di cui è tuttora dubbio se trattisi di endoteliomi o di carcinomi, e che perciò sono anche stati chiamati « cancri endoteliali » (Wagner-Schulz): espandentisi diffusamente a cotenna sulla pleura parietale e viscerale (forme a corazza).

L'autopsia dimostrò: un tumore della pleura S. invadente quasi in totalità il foglietto parietale e viscerale, con grossi ammassi neoplastici in disfacimento e scarso versamento emorragico tra i due foglietti. Polmone S. atelettasico ridotto a un piccolo moncone addossato alla parte superiore del mediastino con piccoli nodi metastatici grigio-giallastri. Grosso nodo in corrispondenza della superficie esterna S. del pericardio; tale nodo fa sporgenza alla superficie interna del pericardio e comprime il ventricolo e l'orecchietta S.; mediastini e ili polmonari liberi. Edema e congestione al polmone D. Aterosclerosi iperplastica degenerativa calcifica diffusa a tutta l'aorta. Varici esofagee. Esame istologico delle masse neoplastiche: stroma fibroso con zaffi di cellule cilindriche e cubiche in parziale degenerazione.

Risolto quindi, e definitivamente dopo il controllo dell'autopsia, il primo problema e più importante, della natura del caso clinico brevemente qui tratteggiato, rimane ad analizzare il secondo elemento, accennato al principio di questa esposizione; e di proposito s'è tralasciato finora di diffonderci in questa questione, per riassumerla poi dopo definito il problema eziologico: intendo accennare alla presenza di pigmenti biliari, e segnatamente della bilirubina, nel liquido del versamento pleurico. È questa una evenienza ben più eccezionale che non sia il caso, pur tuttavia tutt'altro che frequente, di un tumore pleurico primitivo; e sebbene tale evenienza non sia tale da permetterci considerazioni ed illazioni

che evadano dalle conoscenze ben acquisite allo stato attuale degli studi, la sua rarità autorizza qualche sommario riferimento, al caso specifico, delle dottrine oggi più o meno universalmente accettate sulla genesi della bilirubina.

È appeno il caso di accennare che la bilirubina deriva dall'emoglobina per l'attività di particolari elementi cellulari che hanno la capacità di fissare il nucleo cromatico della emoglobina, messa in libertà dalla distruzione degli eritrociti, e di elaborarlo (mettendo in libertà il ferro che viene variamente immagazzinato e anche riutilizzato) formando pigmenti senza ferro di cui il principale è la bilirubina. La struttura della bilirubina non è accertata; vi sono sicuramente in essa degli anelli pirrolici; la sua formula bruta pare essere $C_{33}H_{36}N_4O_6$. È un pigmento bruno, che da le reazioni colorate con i diazo-composti, e per ossidazione da luogo a una serie di derivati quali la biliverdina ed altri non meglio definiti composti di varo colore: coleprasna, biliprasina, coleciamina, coletelina; sulla formazione di questi derivati di vario colore è fondata la reazione di Gmelin.

Non più ammessa la esclusiva genesi epatica, o meglio epato-cellulare, della bilirubina, è oggi universalmenente accettata la dottrina della elaborazione della bilirubina — a partire dall'emoglobina — da parte degli elementi del reticolo-endotelio e segnatamente dei rappresentanti più cospicui di detto sistema nel fegato: le cellule stellate di Kupffer; rimanendo tuttavia per ora insoluta la questione se alla elaborazione della bilirubina provveda il R. E. da solo e in toto (Aschoff), o solamente le cellule stellate di Kupffer (Wipple, Eppinger), o se per converso la cellula epatica sia sempre la principale, se non più, l'esclusiva, fucina della biligenesi; o se ancora i due sistemi abbiano un compito associato, il R. E. preparando, per così dire, il materiale per la formazione della bilirubina, la cellula epatica intervenendo successivamente per una più completa e perfetta elaborazione (Lubarsch, Minkowski).

La reazione di Hijmans van den Berg, oggi così utilizzata e preziosa per la sistemazione diagnostica delle varie forme di ittero, avrebbe messo in evidenza la presenza di due bilirubine, di cui una, più perfetta, proveniente dal fegato dove è formata o dove, quanto meno, ha ricevuto la sua ultima elaborazione; l'altra, formata altrove, meno perfetta, si troverebbe in circolo in misura superiore al normale quando la cellula epatica non sia in grado di elaborarla ulteriormente. Con il reattivo diazoico di Ehrlich-Pröscher la prima da la reazione diretta (positiva immediata o ritardata), la seconda da solo la reazione indiretta, vale a dire la reazione è positiva solo dopo estrazione con alcool. In tal modo la reazione di van den Bergh acquista il significato di elemento diagnostico differenziale tra gli itteri statici (da stasi, o da alterazione della cellula epatica: reazione diretta immediata o ritardata) e gli itteri dinamici, da esagerata emolisi: reazione indiretta.

Altri AA. (Adler e Strauss) spiegano altrimenti il comportamento della reazione di van den Bergh nelle due categorie di itteri: la bilirubina può trovarsi nel plasma in legame chimico-fisico diverso con le proteine plasmatiche; nell'ittero statico essendo in circolo sostanze capaci di diminuire il grado di imbibizione delle proteine seriche, cosicchè la bilirubina sarebbe più evidente; mentre negli stati in cui il grado di imbibizione è maggiore, la bilirubina sarebbe mascherata e comparirebbe solo dopo il trattamento con alcool, che è un disimbibente (reaz. di van den Bergh indiretta).

Comunque sia, la genesi extra-epato cellulare della bilirubina è oggi universalmente ammessa; la sua formazione extra-epatica ci rende conto del come essa possa trovarsi in tessuti fuori del fegato e senza che possa spiegarsi il suo apporto nè direttamente dal fegato e dalle vie biliari, nè indirettamente per il circolo sanguigno. Così Guillain e Troisier (citati da Lambling) avevano trovato la bilirubina, formata a partire dalla emoglobina, in emorragie pleuriche; Widal e Joltrain in emorragie meningee; Wipple e Hooper nel peritoneo o nella pleura dopo iniezione di sangue laccato.

Il caso che s'è brevemente riferito rientra in quest'ordine di osservazioni, non potendosi in altro modo spiegare se non con la trasformazione diretta, in loco, della emoglobina del sangue stravasato, la presenza della bilirubina nel liquido pleurico. Il pigmento rinvenuto nel nostro caso aveva infatti, della bilirubina, la reazione d'ossidazione (reazione di Gmelin); della bilirubina, la diazoreazione con il reattivo di Ehrlich, o altrimenti reazione di van den Bergh: e questa fu costantemente positiva solo nella sua forma *indiretta*, che, come s'è visto, è caratteristica precisamente della bilirubina di origine extra-epato-cellulare; della bilirubina infine, aveva lo spettro di assorbimento, con oscuramento progressivo dal rosso al violetto.

Tuttavia, il pigmento da noi rinvenuto costantemente nel liquido del versamento, era esso veramente bilirubina, o non piuttosto la ematoporfirina, o ancora, l'ematoidina che fa-

cilmente si rinviene nei vecchi stravasi ematici, nelle ecchimosi, ecc., per diretta trasformazione della emoglobina in loco? Una risposta a questa domanda è difficile dare allo stato attuale delle nostre conoscenze su questi numerosi, complessi e non perfettamente noti composti derivati dall'emoglobina del sangue. Tanto l'ematoidina, infatti, come l'ematoporfirina hanno come oggi è generalmente ammesso, una grande somiglianza con la bilirubina; hanno la stessa formula bruta, ma non si è sicuri della perfetta identità. L'ematoidina, poi, come il pigmento che più facilmente si rinviene nei vecchi stravasi sanguigni, ha in comune con la bilirubina una reazione simile, ma non eguale, alla reazione di Gmelin: trattata con acido solforico essa da un giuoco di colori simile appunto a quello del classico pigmento biliare; sui valori cristallografici delle due sostanze i pareri sono discordi, taluno attribuendo loro valori diversi, Zoia invece da valori eguali. Secondo Tanhauser, peraltro, la ematoidina non darebbe la diazo-reazione, caratteristica della bilirubina. Sarebbe questo un elemento da far ritenere trattarsi nel caso nostro, effettivamente di bilirubina.

Del resto, come s'è accennato, la questione della diversità o identità dei due pigmenti è a tutt'oggi insoluta, sebbene si tenda dai più a credere ad una perfetta identità: nel quale caso ogni ragione di discussione sembra venire a cadere, come non avrebbe più ragione di sussistere anche la diversa denominazione delle due sostanze.

Rimane a considerare il comportamento, nel caso descritto, del tasso bilirubinico nel liquido pleurico del nostro malato. Confrontando i risultati delle H. van den Bergh quantitative praticate, si vede che il primo valore trovato fu il più alto: UV 20,42 = 0,102 (9-V-'36); dopo di che il tasso diminuì a UV 13,22 = 0,066 (28-V) e si mantenne approssimativamente intorno a questo valore fino al 24-VII; fu sensibilmente inferiore nell'ultima analisi, praticata il 6 settembre (UV 6,12 = 0,306); finchè nell'ultima toracentesi (23-IX) il liquido non dimostrò nemmeno macroscopicamente la presenza di pigmento biliare, avendo ormai acquistato carattere nettamente ematico; evidentemente si trattava questa volta, di versamento emorragico di data molto recente.

Non può tuttavia non richiamare l'attenzione il fatto che il tasso di bilirubina si sia mantenuto per circa tre mesi sensibilmente elevato, pur mantenendosi sempre a valori più bassi di quelli del primo esame. È evidente che, nelle ripetute toracentesi (complessivamente cc. 3.900 in tre mesi) non si era mai praticato un completo svuotamento del cavo pleurico; si era però, ogni volta, ridotto sensibilmente il volume del liquido; volume che poi era, abbastanza rapidamente, aumentato, tanto da richiedere dei successivi svuotamenti per sollevare l'ammalato dalla dispnea che lo molestava. Malgrado ciò, vale a dire malgrado che il versamento andasse sia pur parzialmente rinnovandosi, il tasso di bilirubina si mantenne inferiore, è vero, a quello del primo esame, tuttavia sensibilmente costante; anzi in una determinazione, quella del 24-VII, posteriore di solo 17 giorni ad una toracentesi di 1000 cc., la determinazione quantitativa della bilirubina ebbe a registrare un aumento considerevole rispetto alla precedente; il che fa pensare che la trasformazione dell'emoglobina del sangue versato, in bilirubina, in situ, sia avvenuta in un tempo relativamente breve, ciò che contrasta con l'opinione diffusa che la bilirubina si possa rinvenire solo negli stravasi sanguigni di molto antica data. Soltanto negli ultimi stadi della malattia il tasso di bilirubina diminuì sensibilmente finchè, come s'è detto, il versamento divenne nettamente ematico: riacquistando evidentemente il carattere che aveva avuto nei primi stadi della malattia, sfuggiti alla nostra osservazione.

RIASSUNTO.

È riferito un caso di tumore maligno primitivo della pleura con abbondante versamento emorragico e costante reperto di bilirubina nel liquido del versamento; l'esame spettroscopico, le comuni reazioni chimiche, la reazione di Hijmans van den Bergh qualitativa dimostrarono trattarsi di bilirubina analoga a quella che trovasi in circolo nei c. d. itteri dinamici. Il dosaggio di detta bilirubina dimostrò che la sua formazione in loco dell'emoglobina del sangue stravasato si compiva in tempo relativamente breve.

BIBLIOGRAFIA.

GREPPI. *L'emoglobina, ecc.* in FERRATA, *Emopatie*. 1930.
HOLZER e MEHNER. Klin. Woch., n. 2, 1922.
ADLER e STRAUSS. Klin. Woch., n. 46, 1922.
ZOIA. *Le itterizie.* in Att. Scient., Bologna, 1923.
EPPINGER H. Zieglers Beiträge, n. 31, pag. 230.
LAMBLING. Précis de Biochimie.
RONDONI. Biochimica.

SUNTI E RASSEGNE

VITAMINE E AVITAMINOSI.

Le avitaminosi.

(G. CARRIÈRE e P. I. GINESTE. *Gazette des Hôpitaux*, 4 marzo 1939).

Il problema delle vitamine non appartiene più al dominio quasi esclusivo dell'esperimento, ed è entrato definitivamente in quello della clinica e della terapia. Sono state bene individuate parecchie sindromi da carenza vitaminica e la vitaminoterapia ha preso un largo sviluppo.

Le vitamine meglio conosciute possono oggi così classificarsi:

I. — *Fattori liposolubili.*

Vitamina	A	Antixeroftalmica
»	D (calciferol)	Antirachitica
»	E	Vitam. di riproduzione
»	K	Antiemorragica

II. — *Fattori idrosolubili.*

Vitamina	B_1 (aneurina)	Antipolineuritica
»	B_2 (lactoflavina)	
»	B_3	Fattori di crescenza
»	B_4	Fattori di crescenza
»	B_5	Fattori di crescenza
»	W	
»	PP	Antipellagrosa
»	B_6	Antiacrodinica
»	H	Antiseborroica
»	C (ac. ascorbico)	Antiscorbutica
»	P	Antiemorragica

La sintomatologia delle avitaminosi è molto ricca. Accanto alle sindromi complete, ben sviluppate ed individuate si son potuti in base ai fatti clinici ed ai dati sperimentali riscontrare elementi caratteristici di ciascuna carenza capaci di orientare verso la diagnosi.

A. La sindrome cutaneo-mucosa ha una notevole importanza nella diagnosi delle avitaminosi. I sintomi più caratteristici di questo gruppo sono:

1) Disturbi della cheratinizzazione dell'epitelio di rivestimento o della cicatrizzazione delle ferite, in rapporto all'avitaminosi A: iper- o paracheratosi, secchezza della pelle, ritardo delle cicatrizzazioni delle ferite, placche di cheratinizzazione delle mucose (colpocheratosi della vagina), disturbi pigmentari, melanodermia. La xeroftalmia è l'ultima tappa di queste processo di cheratinizzazione della cornea, di cui il primo sintoma è l'emeràlopia.

2) Disturbi edemato-eritematosi della pelle, in rapporto ad avitaminosi B: acrodinia, pellagra, beri-beri umido, eritemi ciclici, edemi, seborrea.

3) Disturbi dentari generalizzati in rapporto ad avitaminosi C e D. All'avitaminosi C appartengono l'emorragie gengivali, il facile scalzamento dei denti, e a quella D le carie multiple a ripetizione e la piorrea alveolare ostinate.

B. La sindrome emato-vasale (anemia, emorragie) è comune alla maggioranza delle carenze. Le forme più caratteristiche sono:

1) La sindrome emorragica in rapporto ad avitaminosi C: petecchie, ecchimosi, emorragie gengivali, muscolari, viscerali e sottoperiostee costituenti la sintomatologia classica dello scorbuto. Si ha inoltre ritardo del tempo di coagulazione, trombopenia e segno del laccio positivo. Oltre che dalla carenza della vitamina C una sindrome analoga è prodotta dalla carenza della vitamina K e di un fattore P differente da quello PP della pellagra. D'altra parte anche nell'avitaminosi A e B si notano emorragie sottocutanee digestive. Queste nozioni apportano un elemento nuovo e molto interessante alla patogenesi delle forme emorragiche delle malattie infettive. È stato notato infatti che la vitamina C ha un'azione notevole sulle piccole emottisi tubercolari e che quella A diminuirebbe la gravità e la frequenza delle enterorragie del tifo.

2) Le avitaminosi A, B, C e D sono quasi sempre accompagnate da un'anemia di media intensità o leggera. D'altra parte Castle avrebbe trovato che la mucosa normale dello stomaco del maiale conterrebbe un principio antianemico costituito da un elemento intrinseco e da uno estrinseco che si è identificato con la vitamina B_2.

C. Le sindromi dell'apparato digerente sono costituite da:

1) Anoressia, che è uno dei segni principali dalla carenza di fattore B, alla quale appartengono anche i vomiti alimentari ripetuti. Questi disturbi dipenderebbero da atrofia della mucosa gastrica e dei muscoli lisci, ipocloridria o anacloridria, ipotonia ed ipocinesia del tubo digerente. Disturbi analoghi si possono avere anche nell'avitaminosi A.

2) Disturbi intestinali e sopra tutto diarrea, che si hanno nel corso dell'avitaminosi A, B e C. Specialmente nella carenza della vitamina B si avrebbe un'accentuazione dello sviluppo della flora intestinale con produzione esagerata di acidi. La sprue sarebbe una poliavitaminosi associata a proliferazione e ad esaltazione della flora microbica e parassitaria.

D. Le distrofie ossee possono estrinsecarsi con:

1) Ritardo della crescenza dovuto a carenza delle vitamine A, D e del complesso B (B_2, B_3, B_4, B_5 e W).

2) Disturbi delle ossificazioni caratteristici del rachitismo (rosario costale, torace a carena, tibie incurvate, craniotabe) o del piccolo rachitismo (ritardo del cammino, della dentizione e della chiusura delle fontanelle). La fragilità delle ossa, il ritardo della consolidazione

delle fratture, l'osteomalacia sono state anche messe in conto della carenza di vitamina D.

3) Dolori ossei associati ad anemia, ad emorragie sottoperiostee, costituenti lo scorbuto infantile o morbo di Barlow, dovuti a carenza della vitamina C.

4) Alcune forme di reumatismo cronico che sembrano dovute a carenza di vitamina B_1.

E. La sindrome neurologica è dovuta essenzialmente alla carenza di vitamina B e si estrinseca con forme polineuritiche e beri-beri.

1) I disturbi subiettivi di tale avitaminosi sono: astenia, mialgia, stanchezza, dolori alla pressione dei muscoli e dei nervi, crampi dolorosi spontanei, parestesie (formicolii, bruciori, punture). La tachicardia, l'ipotensione arteriosa, la dispnea parossistica, l'angoscia sono state attribuite a neurite dello pneumogastrico.

2) I segni obiettivi sono l'abolizione dei riflessi tendinei, i disturbi dell'andatura, l'amiotrofia, l'abbassamento della cronassia.

3) La tetania può verificarsi nel corso dell'avitaminosi D.

F. La sindrome genitale è costituita da atrofia testicolare, l'arresto della funzione ovarica, e si riscontra nel corso delle avitaminosi prolungate, specie A e D. D'altra parte la carenza di vitamina E produrrebbe la sterilità e l'aborto abituale.

G. Tra i disturbi diversi vanno notati la secchezza delle mucose respiratorie e la raucedine, nonchè la litiasi fosfatica (litiasi del povero) in rapporto a carenza di vitamina A, l'aumento del metabolismo basale nelle avitaminosi A e C., il suo abbassamento nell'avitaminosi B, l'iperazotemia dello scorbuto, l'iperglicemia dell'avitaminosi B.

H. Infine si deve far cenno delle carenze inapparenti che si rivelano clinicamente con una sensibilizzazione alle infezioni ed agli choc colloidoclasici.

Le diverse prove che tendono a mettere in evidenza il contenuto in vitamine dei tessuti e degli umori sono di ordine: *a*) biologico: dosaggio della vitamina D nel siero umano con la determinazione del suo valore antirachitico nel ratto; *b*) fisico-chimico: esame della velocità di adattamento dell'occhio all'oscurità e biomicroscopia oculare che consentono di svelare precocemente la carenza del fattore A; dosaggio della vitamina C mediante l'iniezione sottocutanea di diclorofenol-indofenol, che si decolora sotto il derma tanto più rapidamente quanto più vitamina C contiene l'organismo, o mediante la determinazione dell'acido ascorbico eliminato con l'urina.

***

I fattori determinanti delle carenze sono di quattro specie: avitaminosi d'alimentazione, avitaminosi d'assorbimento, avitaminosi d'assimilazione, avitaminosi di squilibrio.

1) L'avitaminosi d'alimentazione è la più nota ed ha costituito il punto di partenza degli studi sulle vitamine. Si cominciò con l'identificare lo scorbuto dei prigionieri e dei marinai ed il beri-beri degli asiatici. Si tratta di affezioni dipendenti dalla mancanza di determinate vitamine negli alimenti. Queste avitaminosi sono diventate ora molto rare, tuttavia bisogna fare alcune considerazioni: *a*) il consumo esagerato di glucidi aumenta il bisogno di vitamina B e la diminuzione dei glucidi e l'aumento di protidi nella razione ritarda la comparsa dei segni di carenza; *b*) l'anoressia, le restrizioni alimentari imposte da speciali regimi possono determinare un' insufficienza dell'apporto di vitamine; *c*) recenti studi avrebbero messo in evidenza che il quantitativo di vitamina C contenuto nel regime abituale è insufficiente, donde la predisposizione alle infezioni.

2) L'avitaminosi d'assorbimento è in rapporto non alla quantità di vitamine ingerite ma a quelle assorbite. Le enterocoliti croniche, gli episodi dissenterici, l'insufficienza epatica e pancreatica, l'ipo- e l'anacloridria determinano un'alterazione della digestione degli alimenti e quindi una diminuzione dell'assorbimento delle vitamine. L'avitaminosi così prodotta accentua l'anoressia, l'ipo- o l'anacloridria per modo che si forma un circolo vizioso.

3) L'avitaminosi d'assimilazione dipende dalla circostanza che non tutte le vitamine assorbite vengono utilizzate, in relazione al fatto che esse subiscono nell'organismo uno speciale ciclo evolutivo. Un esempio al riguardo è dato dal fattore che si presenta sotto tre forme: *a*) la provitamina A o B carotene d'origine alimentare; *b*) l'epato-vitamina A formata nel fegato; *c*) l'emo-vitamina A che costituisce la forma attiva.

La trasformazione del carotene in epato- ed emo-vitamina dipende da influenze fisiologiche non ancora bene accertate. Sembra che gli animali tiroidectomizzati non possono trasformare il carotene in vitamina A e che le lesioni del fegato, specie la cirrosi, provochino una riduzione della riserva epatica in vitamina A. Così si spiegherebbe l'azione dell'alcoolismo cronico nell'etiologia delle carenze.

La trasformazione dell'ergosterol in vitamina D nella pelle sotto l'azione dei raggi ultravioletti è un altro aspetto della trasformazione delle vitamine nell'economia.

Quando un ostacolo interrompe questo ciclo i fenomeni carenziali compaiono anche quando l'ingestione e l'assorbimento delle vitamine sono più che sufficienti.

4) L'avitaminosi di consumo si ha quando i tessuti e gli organi domandano una quantità supplementare di vitamina, oltre quelle abitualmente sufficienti. L'aumento del biso-

gno di vitamine può verificarsi: *a*) nelle tossi-infezioni acute, subacute e croniche (deficit di vitamina A nel tifo e C nella tubercolosi); *b*) nell'ipertiroidismo (deficit di vitamina A, B e C); *c*) nella gravidanza e nell'allattamento (deficit di tutte le vitamine e specie della B). Viceversa vi sono stati (disidratazione, ipoalimentazione) nei quali il funzionamento più economico dell'organismo consente di resistere ad un regime poverissimo di vitamine. In tali condizioni compaiono prima i segni della distrofia generale che quelli della carenza vitaminica. Così l'età ritarda la comparsa dei segni dell'avitaminosi.

Pertanto l'etiologia delle carenze può riassumersi in un certo numero di cause principali: 1) squilibrio alimentare; 2) affezioni determinanti una perturbazione dell'assorbimento; 3) alcoolismo cronico; 4) stati tossi-infettivi; 5) ipertiroidismo; 6) gravidanza ed allattamento.

***

La vitaminoterapia può essere di complemento e sintomatica.

A. Per quel che riguarda la vitaminoterapia di complemento è da rilevare che i fatti e le considerazioni su esposte fanno concludere che nella maggior parte dei casi occorre una vitaminoterapia associata ossia la somministrazione di più vitamine.

Le carenze di origine alimentare o per aumento di consumo possono essere compensate con un regime meglio equilibrato o con la somministrazione di preparati vitaminici. Nei casi invece nei quali l'avitaminosi dipende da un disturbo dell'assorbimento (iposecrezione gastroenterica, diarrea) o con un disturbo del metabolismo delle vitamine (cirrosi epatica) occorre la somministrazione per via parenterale.

Gli alimenti naturali sono più o meno ricchi di vitamina A, B e C e quindi con opportuna scelta possono essere utilizzati per la vitaminoterapia associata. Invece la vitamina D è contenuta in quantità apprezzabili solo nell'olio di fegato di merluzzo.

Ma la somministrazione di vitamina a mezzo degli alimenti riesce insufficiente: *a*) quando il malato è costretto ad un regime particolare (tifo, gravi infezioni, ecc.); *b*) quando si tratta di un'avitaminosi d'assorbimento o d'assimilazione; *c*) quando i sintomi di carenza sono di tale entità da richiedere dosi massive di vitamine.

Per quel che riguarda la vitamina D sembra che essa possa prodursi nell'organismo quando questo sia sottoposto all'azione della luce, specie dei raggi ultravioletti.

B. La vitaminoterapia sintomatica ha le seguenti indicazioni:

1) L'astenia, l'anoressia, l'anemia, la convalescenza delle malattie infettive, i disturbi della crescenza e della pubertà richiedono una terapia polivitaminica A, B, C e D.

2) Per i dolori, le amiotrofie, le polineuriti è indicata la vitamina B_1.

3) Per le emorragie di ogni specie e la fragilità delle paralisi vasali è indicata la vitamina C: l'acido ascorbico o anche il succo di arancio o di limone che contiene notevoli quantità di vitamina C e PP associate alla A.

4) Per le decalcificazioni ossee e dentarie, per la consolidazione dei calli di frattura, per le infezioni acute e croniche è indicata la vitamina D.

5) La cicatrizzazione delle ferite specie infette delle scottature è accelerata dall'applicazione locale di soluzioni oleose di vitamina A.

6) Lo squilibrio fisico-chimico degli umori, la sensibilità agli chock colloidoclasici possono essere curati con le vitamine C e D: trattamento dell'asma con l'acido ascorbico e della corizza spasmodica con la vitamina D.

7) I disturbi endocrini sembra risentino l'influenza della vitaminoterapia. La C provocherebbe una diminuzione della melanodermia nel morbo di Addison senza migliorare sensibilmente gli altri sintomi. Le vitamine A e C eserciterebbero un'azione inibitrice e quella D un'azione eccitatrice sulla funzione della tiroide. La B avrebbe un'azione sinergica con l'insulina nella cura del diabete. L'acido ascorbico agirebbe sulla formazione e sulla funzione del corpo giallo.

La vitaminoterapia avrebbe anche controindicazioni in quanto è stata di recente rilevata la possibilità di sindromi da ipervitaminosi.

L'ipervitaminosi A produrrebbe dimagrimento, arresto di crescenza, lesioni pulmonari e ossee, riniti emorragiche; la D una cachessia generalizzata con paresi, contratture, emorragie nasali ed auricolari, ipercalcemia; la C disturbi vasomotori prevalentemente vagotonici (dermografismo, iperemia cutanea, eritemi, urticaria, edemi, iperperistaltismo).

Va anche rilevato un fatto che può verificarsi con l'uso dei preparati d'ergosterol irradiato: questo oltre alla vitamina antirachitica contiene una serie di prodotti tossici (tachisterol, toxisterol, ecc.) Quindi nel trattamento che richiedono dosi notevoli del fattore D è conveniente adoperare soluzioni di vitamina D cristallizzata.

Infine va ricordato che la vitamina C ha una controindicazione precisa: il cancro. Recenti ricerche avrebbero dimostrato l'azione acceleratrice dell'acido ascorbico sul decorso dei tumori.

Dr.

Sindrome beri-berica riscontrata in alcuni bambini sardi: contributo clinico ed anatomopatologico.

(G. Cocchi. *Rivista di clinica Pediatrica*, marzo 1939).

L'A. riferisce 5 casi di sindrome beriberica riscontrata in bambini sardi della provincia di Sassari.

In tutti i casi il sintomo costante era rappresentato dagli edemi, più o meno estesi, localizzati prevalentemente agli arti inferiori (dal ginocchio verso il basso), agli avambracci (parte distale) e mani, al viso: caratteristica la relativa durezza della parte edematosa. In tutti i casi gli edemi cedettero rapidamente (in poche ore addirittura) alla somministrazione di vit. B_1.

L'aspetto dei pazienti denotava un'espressione di alta sofferenza, specialmente nei movimenti: gli arti inferiori presentavano estrema flessione delle gambe sulle cosce e di queste sul bacino e tale atteggiamento era dovuto non ad uno stato di contrattura, ma al bisogno istintivo del piccolo malato di tenere il meno possibile stirati i muscoli ed i nervi. Lo stesso significato aveva l'equinismo dei piedi.

In tutti i casi si rilevava, oltre la debolezza estrema dei riflessi e l'ipoeccitabilità alla corrente galvanica, una chiara compromissione dell'apparato cardiovascolare: aumento dell'aia cardiaca, tachicardia, debolezza della sistole ventricolare, toni debolissimi, polso filiforme, ipotensione arteriosa. Altro sintoma importante era l'anoressia spiccatissima: alvo per lo più diarroico.

In tutti i casi la vit. B_1 esplicò la sua efficacia solo su di un sintoma dominante: gli edemi. Ma 4 dei malati morirono: si trattava di casi molto gravi con intensa compromissione cardiaca.

In uno dei casi venuti a morte l'A. ha praticato esami istologici che hanno messo in evidenza lesioni delle guaine mieliniche che apparivano spezzettate, profondamente alterate: le lesioni più gravi erano nelle fibre più distali (maggiori lesioni nel tibiale che nello sciatico).

In alcuni dei casi comparvero manifestazioni emorragiche sottocutanee, probabilmente per una carenza anche in vitamina C.

L'A. ha cercato anche di rendersi conto delle cause per le quali si sono potuti manifestare nella provincia di Sassari casi di beriberi, malattia considerata come rarissima da noi. Ha eseguito perciò opportune indagini, delle quali alcune ancora in corso, le quali portano a concludere per una naturale diminuzione, nella prov. di Sassari, della presenza di vit. B_1 in taluni alimenti, che in altri luoghi normalmente ne contengono. Infatti ogni regione ha nei suoi alimenti un quantitativo di vitamine vario. L'A. perciò ammette che nella regione di Sassari esista una ipovitaminosi latente diffusa, generalizzata, in un gran numero di bambini e che se a questo stato di latenza si aggiunge una carenza più stretta, per ragioni di errata alimentazione o di alimentazione obbligata deficiente, sia possibile allora la esplosione in tutta la sua gravità della sindrome beri-berica. F. TOSTI.

Polinevrite e vitamina B_1.

(H. JESSEN. *Deut. Mediz. Woschenschr.*, n. 6 e 7, 1939).

Risultato delle più recenti ricerche cliniche e sperimentali sulla azione della B_1, è la sua applicazione terapeutica in svariate malattie del sistema nervoso e dell' apparato gastro-intestinale. Negli stati di avitaminosi B_1 è turbato il ricambio degli idrati di carbonio, soprattutto nell' ambito del sistema nervoso; la vitamina regolarizza il ricambio in qualità di co-fermento Nella avitaminosi si accumulano prodotti intermedi tossici del ricambio carboidrato: esiste un rapporto ben definito tra la quantità di idrati di carbonio che vengono trasformati dall'organismo, e il consumo di vitamina B_1. Se la vitamina non viene introdotta in quantità sufficiente, l'abuso di idrati di carbonio e soprattutto di monosaccaridi può riuscire direttamente tossico. Clinicamente, in Europa la avitaminosi B_1 si manifesta con inappetenza, disturbi gastro-intestinali dovuti a deficienti secrezioni ed ulcerazioni, debolezza muscolare generale, paresi in singoli o in più territori nervosi con stati neuralgici, e danni al sistema nervoso centrale (mielite funicolare). Possono aversi anche disturbi del ricambio idrico con edemi, è infine fenomeni cardiaci. Nell'uomo si osserva che nonostante una dieta perfettamente eguale alcuni presentano sintomi di avitaminosi B, altri no. Evidentemente fattori costituzionali e accidentali influiscono sulla resistenza dell'organismo verso la carenza di vitamina B_1: così diminuiscono detta resistenza gli indebolimenti organici, le infezioni acute e croniche, gli stati tossici endogeni ed esogeni. Tra gli stati tossici endogeni che predispongono alla avitaminosi ha particolare importanza la gravidanza e il puerperio: un caso di polinevrite universale gravissima e uno di paraparesi in gravidanza come pure un caso di monoparesi dell'arto inferiore in puerperio sono stati guariti dall'A con iniezioni di vitamina B_1. Eguali buoni risultati si ottennero in un caso di anemia perniciosa con mielosi funicolare e polinevrite (in queste anemie la avitaminosi dipende probabilmente dalla achilia e quindi dalle alterazioni gastriche), in un caso di polinevrite in linfogranulomatoso (azione di sostanze tossiche) e anche in un caso di poliradicolite con iperalbuminosi rachidea.

Per ottenere decisi risultati dalla terapia vitaminica è necessario iniettare dosi forti, almeno 10 volte superiori al fabbisogno giornaniero (4000-5000 U. I.). Nei casi più lievi bastano dosi molto minori, 100 U. I. per iniezione.

È necessario ricordare che esiste un antagonismo tra le diverse vitamine, per cui diventa

necessario, se si somministrano forti dosi di una vitamina, somministrare anche una certa quantità della vitamina antagonista. La aneurina sembra avere per antagonista il gruppo di vitamina B_6: se ad un paziente debole, che prende solo poco cibo, si danno forti quantità di vitamina B_1, esso si ammala di avitaminosi B_6, cioè di pellegra. Ai malati a cui a lungo si somministrano forti dosi di vitamina B_1, si avrà quindi cura di dare anche la vitamina B_6 in forma di lievito. Forse in questi casi si deve tener conto anche degli altri gruppi di vitamine.

P.

Il rachitismo e la vitamina D.

(G. MOURIQUAND e A. LEULIER. *Journ. Méd. franç.*, gennaio 1939).

Gli AA. distinguono due forme di rachitismo. Nell'una, quella classica, la radiografia dimostra un'assenza di calcificazione normale delle regioni dia-epifisarie; generalmente si ha tendenza spontanea alla guarigione, salvo in casi molto accentuati. Bastano, in genere 15-20 sedute di raggi ultravioletti per dare al contorno osseo il suo aspetto normale. Tale forma è evitata con la somministrazione preventiva di vitamina D.

Vi è poi un'altra forma di rachitismo, che si osserva nei bambini ipotrofici, di peso insufficiente, con grosso ventre e disturbi digestivi abituali. Le deformazioni delle estremità, del torace e del cranio sono più o meno accentuate. In tali casi, la vitamina D agisce più lentamente; sono necessarie 3-4 cure di 15 giorni per ottenere l'inizio di un deposito calcare. Il miglioramento si ottiene soprattutto se si migliora lo stato di nutrizione generale con l'elioterapia al mare od in alta montagna.

Il rimedio che contiene la vitamina D è l'ergosterol irradiato. La vitamina antirachitica si produce con l'irradiazione di certi alimenti o dei tegumenti stessi, mediante i raggi ultravioletti o l'elioterapia.

L'ergosterol irradiato si prescrive a gocce (VI-XII per un bambino di 1-2 anni). Lo si può sostituire con l'olio di fegato di merluzzo, che contiene pure la vitamina D: X-XX gocce al giorno nel latte, a titolo preventivo a partire da 2-3 mesi. A titolo curativo le dosi sono più forti: 1-3 cucchiaini da caffè per 15 giorni al mese e per bambini di 6-8 mesi. Se esso produce disturbi digestivi od epatici (orticaria) sostituirlo con preparati di ergosterol irradiato.

È stato anche consigliato il latte irradiato, ma l'irradiazione ne modifica la composizione fisico-chimica ed è, quindi, preferibile il ricorrere all'ergosterol od all'olio di fegato di merluzzo.

fil.

GINECOLOGIA E OSTETRICIA

Sintomi lontani nelle malattie ginecologiche.

(I. AMREICH. *Med. Welt*, 11 marzo 1939).

L'A. considera anzitutto il problema generale del dolore riflesso, delle zone di Head, delle reazioni muscolari di difesa, per passare poi all'applicazione nel campo della ginecologia. I genitali femminili occupano un posto particolarmente notevole sotto tale riguardo. Nello sviluppo embriologico dei genitali interni vi è un tempo in cui essi si trovano molto in alto nella cavità del corpo, sicchè ricevono i nervi da segmenti piuttosto alti del midollo spinale. Head ha stabilito che le tube e le ovaie sono innervate dai segmenti D_{10}, D_{11} D_{12} e L_1, l'utero pure da D_{10} e D_{12}, L_1 ricevendo anche fibre da S_3 e S_4. Ne segue che, nelle malattie di tali organi si avranno dei fatti viscero-sensitivi e viscero-motori nelle parti del corpo innervate da tali segmenti. Ed essendo, le tube e le ovaie, degli organi a disposizione dorsale, sarà specialmente nel territorio dei rami dorsali e parietali derivanti dai segmenti anzidetti che si dovranno ricercare le azioni nervose lontane (iperalgesie, fatti vaso-pilo-motori e tensione muscolare). Nelle malattie di entrambi gli annessi, troveremo in un campo quadrangolare dorsale, limitato esternamente dalle linee scapolari ed, in altezza, dalle apofisi spinose D_{12} e L_1, i fenomeni consistono non soltanto nell'aumento di sensibilità superficiale e profonda, ma anche in aumento di eccitabilità della muscolatura liscia. Vi è inoltre una larga zona ventrale, col margine superiore all'ombelico, che rimonta un po' verso l'alto nell'estendersi verso la schiena. La linea inferiore arriva al margine superiore della sinfisi, fino al polo inferiore della fossa ovale, decorrendo quasi parallela al legamento di Poupart, per estendersi nella regione della coscia ed arrivare da ultimo alla zona dorsale.

Nelle *infiammazioni degli annessi*, limitate alle tube ed alle ovaie, i dolori sono più forti alla schiena; ma quando vi partecipa il peritoneo, sono invece più intensi alla regione soprapubica. La larga cintura dolorosa che comprende addome e schiena e si irradia verso la regione della coscia ed il femore è caratteristica per le infiammazioni degli annessi.

Per la diagnosi differenziale, entra in campo l'appendicite, in cui si hanno manifestazioni nel territorio del nervo intercostale XII, derivante da D_{12}, cioè in una striscia dell'altezza di 2-3 dita che decorre superiormente e parallela al legamento inguinale, traversa la regione della coscia e finisce posteriormente alla 4ª-5ª apofisi lombare. Manca soprattutto, nell'appendicite, l'irradiazione del dolore verso le gambe.

Talora i fatti dolorosi permangono anche dopo la guarigione delle affezioni annessiali, come risulta anche da osservazioni personali dell'A. Trattasi, in questi casi, di dolori abitudinali, dovuti all'ansiosa osservazione dei campi in cui i fatti si manifestano.

Le manifestazioni dolorose dell'*utero* hanno forma di macchie staccate che comprendono la parte inferiore del sacro, la regione anale, urogenitale, pudena, glutea e gran parte della femorale posteriore.

Il punto più lontano della superficie del corpo in cui si possa avere dolori a punto di partenza genitale è la spalla, specialmente in casi di gravidanza extrauterina, di rottura di cisti o di ascessi ovarici, oppure anche in malattie degli annessi, non complicate.

In presenza di tali sintomi viscerogeni lontani, si deve procedere ad un esame sistematico, se non si vuole arrivare a risultati erronei, tanto più che detti sintomi si manifestano con intensità diverse e sono facilmente influenzabili da azioni esterne. È pertanto necessario che il medico si accinga alla ricerca senza manovre attive (palpazione, percussione), ma con la semplice ispezione. Già con questa, si possono rilevare dei dermatomi isosegmentati, quali un pallore, od una leggera cianosi od una piloreazione.

Se tale vasolabilità non si manifesta spontaneamente, la si può provocare con l'iperemia data, p. es., con il trattamento con aria calda; caratteristico è un arrossamento a macchie sull'addome dallo stesso lato dove si trova l'infiammazione degli annessi; si possono anche osservare delle vescicole ed una marmorizzazione della pelle.

L'aumentata vaso-labilità si manifesta anche col dermografismo, spesso più evidente e più duraturo dal lato affetto. L'eccitazione latente dei pilo-erettori si riconosce passando leggermente e regolarmente a destra ed a sinistra con le dita sulla schiena. Nelle parti connesse con l'organo ammalato, si ha la formazione della pelle d'oca, più forte e più duratura che in altri territori.

L'iperalgesia si manifesta sia spontaneamente, sia con una maggiore sensibilità dolorifica agli stimoli esterni (toccamenti durante l'esame, o dei vestiti, delle lenzuola). La si ricerca descrivendo, con la testa di uno spillo, delle strisce, molto leggermente ed uniformemente, dal collo fino agli arti inferiori. Nelle zone di Head, basta questo tocco leggero per dare alla paziente la sensazione di prurito, bruciore, puntura, taglio, anche quando essa non avvertiva spontaneamente l'iperalgesia.

Per la ricerca dell'iperalgesia nelle parti profonde, specialmente della muscolatura si prenderanno, dove ciò sia possibile, le parti muscolari fra il pollice e l'indice, oppure si fa la ricerca con la pressione o la percussione. I dolori che così si determinano sono ottusi, non bene localizzati e danno un senso di malessere, tutte caratteristiche dei dolori viscerali.

Tutte le accennate ricerche si faranno d'ambo i lati e simmetricamente, in modo da confrontare bene le due parti.

LA DIAGNOSI.

Spesso, le zone di Head e di Mackenzie vengono scambiate per neuralgie o per reumatismi, specialmente nei casi di iperalgesie muscolari con contrazioni locali, in quanto che la dolorabilità e l'indurimento dei muscoli sono ritenuti come tipici segni in infiltrato reumatico. D'altra parte, non bisogna dimenticare che le zone di Head e di Mackenzie non hanno il significato di malattia di un determinato organo, in quanto che tutti gli organi innervati dallo stesso segmento del midollo spinale hanno le stesse zone dolorose, le quali sono invece da considerarsi come caratteristiche di un dato gruppo di organi. Le zone di Head, quindi, non sono affatto da considerarsi come una base per la diagnosi di malattia di un dato organo ed ancor meno come segno di riconoscimento della specie di malattia organica.

Spesso i dermatomi corrispondenti non hanno la stessa estensione delle zone limitate della parete. Specialmente le iperalgesie profonde (Mackenzie) si trovano a forma di focolaio. Per la ricerca di questi punti dolorosi si procederà con molta accuratezza; i punti di Boas (ulcera gastrica) e di MacBurney (appendicite) non sono altro che delle iperalgesie profonde. Anch'essi hanno lo stesso significato delle zone di Head e possono servire soltanto come degli *indizi* per la malattia di un organo di un determinato gruppo.

All'opposto del dolore concentrato, troviamo quello diffuso, con ipersensibilità, che si estende a territori vicini.

Gli organi posti medialmente, come la vescica e l'utero, hanno delle zone iperalgesiche bilaterali, mentre gli organi simmetrici (reni, tube, ovaie) le hanno generalmente unilaterali, il che non esclude che in casi eccezionali anche con malattia strettamente unilaterale, si abbia un dermatoma simmetrico; più spesso l'iperalgesia si estende nei territori vicini, omolaterali.

Evidentemente, le malattie ginecologiche possono provocare anche delle neuralgie e delle neuriti; queste si hanno particolarmente nelle forme infiammatorie o neoplastiche che raggiungono la parete del bacino e danno neuriti del plesso lombo-sacrale. Nel caso di un carcinoma della *portio*, la presenza di tali neuralgie depone per l'inoperabilità del caso.

Nella regione pubica, vi sono, d'altra parte, delle vere neuralgie, che possono mentire una affezione genitale; la negatività dell'esame dell'apparato genitale, la eventuale presenza di un erpete, il tipico punto doloroso all'uscita

del XII nervo toracico per la parete anteriore retto-vaginale chiariranno la diagnosi. L'A. ha anche osservato un caso di reumatismo acuto del segmento soprapubico del muscolo retto, che poteva far sospettare una malattia genitale. L'anamnesi tipica, il rigonfiamento e la dolorabilità del muscolo, come pure l'esame negativo dell'apparato genitale permisero la diagnosi giusta. *fil.*

Conseguenze tardive della vagina artificiale.

(P. Lavand'homme. *Bruxelles méd.* 6 novembre 1938).

L'atresia della vagina, per quanto rara, si osserva talora in pazienti che desiderano essere liberati da questa malformazione. Può essere però pericoloso lo stabilire una vagina artificiale utilizzando a tale scopo un condotto intestinale, come dimostra un'osservazione dall'A.

Una donna di 35 anni si era accorta di tale sua infermità fin dall'età di 18 anni; ciò nonostante essa si era sposata. Di fronte, però, all'insoddisfazione del marito che non poteva compiere i doveri coniugali essa volle assolutamente sottoporsi ad un intervento, sebbene il chirurgo le facesse osservare i possibili pericoli.

Trattavasi di una donna non mai mestruata, che ogni 4 settimane circa aveva dolori addominali accompagnati da nausee e vomiti. Caratteri sessuali secondari normali, genitali esterni poco sviluppati; vagina costituita da un infundibolo profondo 2 cm.; all'esame rettale, si avverte un piccolo utero infantile.

L'operazione venne praticata nel modo seguente. Incisione della mucosa vulvare e dissezione della vescica dal retto; incisione di questo sopra l'ano, portando la bocca di sezione nell'orificio vaginale a cui viene suturato. Apertura della regione sacro-coccigea; scollamento ed abbassamento del retto, che viene sezionato a 14 cm. dalla vulva, suturando poi in due piani l'estremità che chiameremo vaginale. Il retto residuo viene poi abbassato fino all'ano e suturato. Gravi complicazioni post-operatorie, di cui la paziente si rimette.

Un anno dopo, si presenta una fistola coccigea, che viene curata; la paziente riferisce in tale occasione che i rapporti sessuali sono diventati possibili, senza però che essi le diano alcuna soddisfazione.

Dopo una diecina d'anni, oltre ad una nuova fistola e ad un lieve prolasso del retto, la paziente presenta nella vagina artificiale un tumore, che l'esame biopsico dimostra essere un adeno-carcinoma di aspetto intestinale. La malata viene ora sottoposta al trattamento del radio.

L'intervento chirurgico non ha quindi portato che delle disillusioni e, con tutta probabilità, l'uso sessuale di un tubo a struttura intestinale ha facilitato la comparsa del carcinoma. Interventi di tal genere, specialmense basati sull'utilizzazione di un condotto intestinale vanno quindi condannati in considerazione sia della gravità dell'atto chirurgico e delle complicazioni post-operatorie, sia del cattivo risultato funzionale, specialmente dal punto di vista femminile, sia infine per il pericolo di una tardiva evoluzione neoplastica. *fil.*

Il taglio cesareo addominale ripetuto.

(R. Koch. *Zeitshcr. f. Geb. u. Gyn.*, 177, 1938).

Le osservazioni dell'A. riguardano i casi di T. C. ripetuto nella Clinica di Friburgo dal 1930 al 1937: su 9301 parti furono eseguiti 239 T. C. addominali, cioè il 3,11 % di tutti i parti. Di questi 239, 63 sono T. C. ripetuti (21,8 %). Essi vennero intrapresi su 56 donne e precisamente: 52 per la II volta, 9 per la III, 1 per la IV, 1 per la V. Più di 5 T. C. sulla stessa donna non furono finora eseguiti nella Clinica di Friburgo; di tali casi ne sono riferiti nella letteratura (Piranoeuf, Pemberton, Procopio).

Come indicazione al T. C. ripetuto compare in primo luogo (circa in 9/10) il bacino viziato; le altre indicazioni sono rare. L'esecuzione dell'operazione per via transperitoneale sopra-cervicale è possibile in generale senza difficoltà, anche nella operazione più volte ripetuta. In presenza di estese aderenze, in casi eccezionali occorre aprire l'utero sul corpo. Per riguardo all'epoca in cui l'operazione viene condotta, per riguardo al decorso del puerperio e alla mortalità, le cose non stanno per niente diversamente nei casi di T. C. ripetuto, in confronto al T. C. eseguito per la prima volta. Anzi sembrerebbero migliori i risultati.

Sull'indicazione alla sterilizzazione nel T. C. ripetuto esistono in generale due modi di vedere:

1) la sterilizzazione deve farsi senz'altro secondo le concezioni di qualche A. al II o III intervento, se sono soddisfatte determinate premesse: bacino viziato come indicazione alla ripetizione del T. C., accordo di ambedue i coniugi, esistenza di due figli legittimi viventi. Questo punto di vista è da considerarsi come sorpassato e nel materiale della Clinica di Friburgo è preso in considerazione solo nei primi tre anni della statistica;

2) l'indicazione alla sterilizzazione nel T. C. ripetuto non è fornita da un determinato numero di ripetizioni dell'intervento. L'indicazione deve essere posta piuttosto dall'operatore nel caso di presenza di notevoli alterazioni dei tessuti nel campo operativo, in base al reperto che si presenta all'atto dell'operazione. Questo punto di vista può definirsi quello moderno e riguarda i casi degli ultimi 5 anni della statistica in questione.

E. Debiasi.

L'interruzione della gravidanza nella tubercolosi polmonare.

(K. BÜHLER e H. ZETTEL. *Münck. med. Wschr.*, n. 45, 1938).

Le osservazioni dell'A. si estendono su 96 gravide tubercolotiche divise a seconda del tipo della lesione. In 8 casi di alterazioni in campo di complesso primario nessuna interruzione e così in 6 casi di forme nodulari dell'apice. Interruzioni invece 2 volte su 18 in forme da diffusione per via sanguigna (tbc. miliare e a focolai disseminati), 17 volte su 20 in forme essudative estese in piena attività e 11 volte su 44 in forme tardive a tipo cirrotico proliferativo.

In base alla linea di condotta seguita ed ai risultati ottenuti l'A. ritiene che non è esatto affermare che la gravidanza debba in ogni caso peggiorare il decorso di una tubercolosi polmonare preesistente, la quale anzi in alcuni casi viene in modo sorprendente favorevolmente influenzata. Se tale constatazione non ha valore assoluto, in accordo con Schültz-Rhonhof e Hansen, non si può senz' altro ammettere, come è stato detto, un nesso causale tra gravidanza e peggioramento della tubercolosi. Il decorso della tbc. polmonare può variare in gravidanza come al di fuori di essa, ma certo se l'organismo di una tubercolotica è già minorato allora più facilmente la gravidanza può giocare sfavorevolmente il suo ruolo.

È impossibile dare indicazioni assolute per l'interruzione di gravidanza: però le forme acute, specialmente a carattere essudativo, sono quelle che più facilmente richiedono l'intervento. In taluni casi il decorso favorevole della malattia dopo interruzione non può essere portato soltanto a dimostrazione dell'azione favorevole dell'interruzione indipendentemente da una coincidenza puramente causale. Infatti già fuori di gravidanza la prognosi della tbc. è in taluni casi difficile e pertanto non si può affermare con sicurezza l'azione della gravidanza sulla malattia. Nelle forme tbc. vecchie e cronicizzate la gravidanza non rappresenta mai un rischio.

La necessità di lasciare trascorrere un sufficiente periodo di tempo tra presenza di lesione attiva ed inizio della gravidanza, rispettivamente al permesso di matrimonio, è tuttavia riconosciuto.

I bimbi nati dalle donne prese in osservazione erano tutti vivi sino al momento della dimissione della donna dall'Ospedale.

E. ROBECCHI.

STOMATOLOGIA.

La paradentite.

(P. ADLOFF. *Med. Klinik*, 3 marzo 1939).

La paradentosi o, secondo l'espressione dell'A., la paradentite, è una malattia cronica del paradenzio, che è un sistema tessutale costituito dal dente (smalto e cemento), dalla gengiva e dalla parete interna dell'alveolo osseo. La parte eziologicamente più importante è l'orlo gengivale, che circonda la corona dentaria, dove si ha un *locus minoris resistentiae*, per cui viene aperta la via alle parti più profonde del paradenzio.

La bocca dell'uomo, specialmente nei paesi inciviliti, è esposta a diversi momenti nocivi: lesioni nell'atto masticatorio, residui di cibi rimasti fra i denti, processi fermentativi abnormi, cibi o bevande troppo caldi o freddi e presenza di numerosi germi, che facilmente determinano processi infiammatori. Si produce così una gengivite che, quando si fa cronica, porta alla distruzione del così detto legamento circolare, che rappresenta la connessione dell'epitelio con la superficie dentaria. Particolare importanza assume qui la formazione del tartaro dentario, con i suoi fini depositi aderenti alla superficie del dente e che hanno tendenza ad approfondirsi fra l'epitelio ed il dente. Si forma in tal modo una saccoccia in cui si raccolgono dei detriti alimentari ed il processo infiammatorio si mantiene e progredisce, diffondendosi poi alla gengiva ed alla radice, dove si forma un granuloma che distrugge la parete interna dell'alveolo. Il dente si fa malfermo e la sua mobilità durante l'atto masticatorio aggiunge un'altra azione dannosa, fino a che il dente cade e finisce il processo.

Vi sono però dei casi in cui non ostante la mancanza di ogni cura e la presenza del tartaro, si ha tutt'al più una gengivite senza che il processo continui, mentre in altri, malgrado la più accurata igiene dentaria si ha una grave paradentite.

Vi devono quindi essere delle altre cause che cooperano per arrivare alla grave paradentite. I denti non troppo fermi e l'indebolimento del paradenzio possono costituire delle condizioni favorevoli per lo sviluppo della malattia. Sono inoltre da menzionarsi le malattie interne, fra cui specialmente il diabete, che possono favorire il processo; in altri casi si ha un'atrofia primaria, che può essere prodotta da diversi fattori endogeni, mentre il fatto infiammatorio è soltanto secondario. Quest'ultimo è la condizione essenziale della malattia, in quanto che non esiste una vera paradentosi, cioè il rilasciamento patologico dei denti senza infiammazione; l'unico esempio è quello, in certo modo fisiologico, della caduta dei denti per vecchiaia, spesso però accompagnata da processi infiammatori, sicchè è difficile il decidere se si tratti di forma fisiologica o patologica.

Ancor più difficile è il portare una prova decisiva per dimostrare che delle malattie interne possano provocare una paradentosi. Vengono generalmente presi in considerazione il diabete, l' artrite, vari disturbi endocrini, la

carenza in vitamina, specialmente la C, le malattie del circolo; ma nulla di positivo si può dire in proposito. In tutte le malattie si può avere una paradentite, ma non è detto che vi sia un rapporto fra di esse; anche nel diabete, l'apparato di contenzione del dente può rimanere sano.

Non si può quindi asserire che nessuna determinata malattia possa essere la causa della paradentite; ma tutti i disturbi interni di una certa entità possono abbassare la resistenza generale e favorire lo sviluppo di processi infiammatori al margine gengivale. Ma anche senza la presenza di una data causa interna. vi può essere una debolezza costituzionale, che spiega la nota ereditarietà della disposizione alla paradentite.

Il progressivo rilasciamento dei denti va pertanto riferito unicamente ad un processo infiammatorio, sicchè invece del concetto di paradentosi, si deve ammettere quello di paradentite. Le inevitabili lesioni locali portano facilmente ad alterazioni della gengiva, tanto che si può dire che non esistano delle gengive perfettamente normali e già in giovane età si può parlare di « infiammazione fisiologica », condizione preliminare per lo sviluppo della malattia. La sua diffusione all'apparato di contenzione del dente è facilitata dalla particolare condizione anatomica dei denti stessi, che sono in certo modo dei corpi estranei connessi in modo assai complicato con il resto dell'organismo. Tale disposizione, in condizioni fisiologiche, agevola le funzioni dei denti, concedendo loro una certa mobilità; ma in condizioni patologiche, si distrugge facilmente la connessione fra dente e gengiva, lasciando via libera all'ingresso di germi nelle parti profonde del paradenzio.

Già nei bambini, in una proporzione insospettata di casi, si trova che la gengiva non aderisce bene al dente, reperto che va quindi considerato come congenito. Vi si deve aggiungere che la regressione dell'apparato masticatorio nell'uomo incivilito si fa in modo ineguale, nel senso che quella delle mascelle è maggiore che non quella dei denti, sicchè i setti ossei interdentali si fanno molto teneri e sottili.

La misteriosa « predisposizione organica » della paradentite è pertanto da considerarsi in senso puramente anatomico. In condizioni normali, l'immunità generale o locale offre una protezione sufficiente, ma ogni mutamento di essa, che intervenga per qualsiasi causa agisce in senso sfavorevole.

Si può quindi concludere che la causa prima della paradentite è un'infezione aspecifica; la sua genesi ed il suo decorso vengono però determinati da un gran numero di fattori, di cui il singolo significato ci sfugge. A questa nostra ignoranza sono da attribuire le difficoltà della cura.

L'A. non ammette la suddivisione proposta da altri in paradentite e paradentosi, a seconda che predominano i processi infiammatori o quelli atrofici; del resto, tale suddivisione avrebbe soltanto un significato teorico, poichè praticamente si ha a che fare soltanto con processi infiammatori.

*
* *

Clinicamente, la prima fase è caratterizzata da una gengivite cronica, che porta ad una paradentite marginale e poi a quella profonda, con successivo rilasciamento e caduta del dente. Ogni genvivite cronica può quindi dare una paradentite ed ogni paradentite deve essere preceduta da una gengivite cronica.

Sintomi classici sono i fatti infiammatori al margine gengivo-dentario, distacco dell'epitelio dalla superficie del dente e formazione di tasche, da cui si può (ma non sempre) fare uscire l'essudato sieroso o purulento. Il collo del dente si va facendo sempre più libero ed il dente si sposta, sicchè i pazienti spesso si accorgono della malattia per l'ampliamento degli spazi interdentari anteriori.

La diagnosi è agevole, ma va confermata dall'esame radiologico che dimostrerà il grado dell'atrofia ossea e la sua forma, se cioè orizzontale o verticale; la prima è di prognosi più favorevole e di terapia più agevole, mentre nella seconda si formano delle profonde tasche.

Il *trattamento* è evidentemente affidato allo specialista; ma il medico pratico ha spesso occasione di osservare delle gengiviti croniche e deve quindi tener presente l'esito a cui queste conducono. Si riteneva un tempo che la paradentite fosse una malattia dell'età matura, ma si è visto che essa colpisce, e non raramente, anche i giovani. Persino nei bambini, come sopra si è accennato, si è osservata la paradentite profonda; secondo Bober, si hanno nel 10 % degli scolari e nel 50 % degli adulti delle alterazioni del paradenzio, che possono portare alla paradentite, esito che si deve evitare con una cura tempestiva.

Il trattamento va diretto ad alimentare le cause locali dello stato infiammatorio e varierà secondo la gravità del caso. Nelle forme lievi, con tasche poco profonde, basterà eliminare le granulazioni mediante dei caustici, il cauterio o con un cucchiaino tagliente. Nei casi gravi, si ricorrerà ad interventi operativi, asportando la tasca o tutto il colletto alveolare, in modo da allontanare radicalmente tutte le lesioni patologiche, tartaro, granuloma, ecc. Tenuto conto che con questo metodo si scopre una buona parte del colletto dentario, il risultato non è buono dal punto di vista estetico ed anche le condizioni locali ne vengono peggiorate perchè, aumentando l'ampiezza degli spazi interdentari, si favorisce il ristagno di residui e, quindi, delle nuove infiammazioni. Perciò i pazienti con paradentite vanno riveduti spesso. I denti molto rilasciati van-

no contenuti con apparecchi di metallo che si appoggiano a quelli sani.

Nei casi molto avanzati, si procederà naturalmente all'estrazione del dente. È anzi bene non essere troppo conservativi.

La prognosi è buona quando la malattia è sostenuta più che altro da cause locali (cattiva igiene dentaria, tartaro dentario, ponti o corone mal messi, ecc.) ed è invece sfavorevole se vi agiscano dei fattori endogeni, tanto più che nella nostra ignoranza di questi non possiamo efficacemente opporvisi. Anche sulla somministrazione di vitamina C e sulle modificazioni del ricambio proposte recentemente siamo ben lontani dall'avere delle cognizioni sicure. Sappiamo ancora troppo poco su questo argomento e l'unica cosa utile da fare è quella di cercare in tutti i modi di rialzare la resistenza generale. Il trattamento dei singoli casi di paradentite offrirà al medico l'occasione di studiare bene il suo malato, di ricercare le eventuali stigmate e di portare un nuovo contributo alle nostre conoscenze. Se anche, secondo Breur, nel 70 % dei casi si tratta di individui del tutto normali, rimane pur sempre una certa proporzione di quelli in cui le condizioni più o meno anormali possono essere corrette con vantaggio anche del processo locale. *fil.*

La diagnosi di focolai infettivi cronici nella dentatura.

(J. KIRSCH. *Deut med. Wochens.*, 3 marzo 1939).

L'A. insiste giustamente sul fatto che molti medici non si rendono conto della grande importanza che hanno i focolai infettivi dentari per vari stati morbosi, mentre d'altra parte il dentista considera troppo spesso soltanto la questione della masticatura nelle malattie dentarie. I focolai infettivi cronici dentari sono molto più frequenti di quanto generalmente si crede; specialmente importante sotto l'accennato punto di vista è la paradentosi, dovuta al tartaro dentario che produce ulcere da decubito, con suppurazione alveolare e scalzamento del dente. In molti casi, l'A. ha potuto dimostrare il sicuro rapporto della paradentosi con malattie infettive articolari. Importanti sono pure, oltre alla carie, i residui dentari dopo un'estrazione che agiscono da corpi estranei, formando un focolaio cronico (granuloma, cisti, fistola).

La ricerca di focolai infettivi cronici nella dentatura deve pertanto entrare nell'esame completo di ogni maloto. La relativa diagnosi può essere affidata al medico generico e soltanto in casi difficili sarà da richiedere il consiglio dello specialista. Le decisioni terapeutiche, però, non vanno affidate soltanto a quest'ultimo, ma verranno prese di comune accordo fra questo ed il medico curante, in base al reperto clinico generale.

Verranno soprattutto considerate le malattie che possono agire da focolaio infettivo, specialmente la paradentosi, la pulpite cronica, la gangrena pulpare, e la periodontite cronica, sia nella forma purulenta fistolosa, sia in quella granulante.

È bensì vero che ogni dente anche lievemente cariato od ogni dente piombato o comunque trattato può dare una gangrena ed un granuloma; ma non si deve rinunciare ad una certa prudenza nel voler eliminare questo o quel focolaio sospetto. Nell' esame della dentatura, si deve dapprima fare distinzione fra dente malato e quello sospetto e non trascurare la ricerca di eventuali focolai in altri organi. Se eliminano anzitutto per via chirurgica i focolai apicali o paradentosici, sicuramente riconosciuti clinicamente o radiologicamente, tenendo fra l'altro presente che la grossezza del focolaio non permette nessuna conclusione sulla sua capacità infettante. Fatto questo, se i segni clinici di malattia non retrocedono, non si estraggono subito i denti sospetti, ma si allontanano dapprima i denti con polpa morta, le piombature e si ricercano le gangrene. Contro i denti indubbiamente malati, si procede senza riguardo allo svantaggio per la masticazione. *fil.*

EPIDEMIOLOGIA.

Piccola epidemia di psittacosi nel Giardino Zoologico di Londra.

(TROUP A. G., ADAM R. e BEDSON S. P. *Brit. Medical Journal*, 14 gennaio 1939).

Nel reparto dei pappagalli dello Zoo di Londra, Gordon nel 1930 aveva potuto isolare il virus della psittacosi in due milze su otto, appartenenti a pappagalli in condizioni di salute normali; tuttavia fino al 1938 nessun caso di psittacosi ebbe a manifestarsi tra il personale addetto agli animali.

Il 7 febbraio 1938 arrivò, proveniente dal Sud America e dalle Indie Occidentali, una collezione di pappagalli che venne isolata in una stanza sanatorio sotto osservazione. Dal 20 febbraio al 5 marzo cinque persone addette al servizio di nutrizione e di pulizia di questi pappagalli si ammalarono e una di esse morì. (Complessivamente 24 persone ebbero rapporti diretti o indiretti coi pappagalli).

I quattro casi con esito in guarigione furono caratterizzati da modica febbre e sintomatologia influenzale a tipo bronchitico o broncopneumonico.

Il caso ad esito letale iniziò con malessere e diarrea, quindi temperatura alta, polso frequente, dispnea, irrequietezza, delirio mussitante, broncopolmonite basale bilaterale con tosse senza espettorato, subittero, lieve albuminuria; morte in 14ª giornata. Gli esami di laboratorio mostrarono tra l'altro i reperti di

una leucocitosi (21.600) con neutrofilia, iperalbuminosi del liquor con aumento degli elementi cellulari tra cui molti polinucleati. Il reperto necroscopico fu di: congestione della milza, focolai broncopneumonici dei lobi inferiori senza compartecipazione pleurica, congestione ed edema cerebrale, cuore e reni apparentemente normali. All'esame istologico i seguenti fatti: negli strisci di milza colorati coi metodi di Castañeda e di Giemsa nessuna presenza del virus psittacosico. Nelle sezioni di pezzi di milza fissati in Zenker colorate con ematossilina-eosina e con blu di toluidina ed eosina-orange (metodo che permette di colorare molto bene il virus psittacosico): edema e congestione della polpa, molti focolai emorragici, aumento dei grandi fagociti mononucleati della polpa, alcuni contenenti corpuscoli rossi e pigmento ematico, nessuna area di necrosi ben definita ma evidenti fenomeni di degenerazione vacuolare nei grandi fagociti della polpa, assenza di qualsiasi germe. Nei polmoni iperemia diffusa e focolai broncopneumonici, in maggior parte costituiti da siero, fibrina, corpuscoli rossi e grandi fagociti mononucleati in quattro dei quali erano visibili colonie di virus, in minor parte costituiti da polinucleati tra i quali cumuli di cocchi a grappolo che la cultura identificò per stafilococcus aureus. Pezzi di polmoni e di milza frantumati in sospensione e iniettati intraperitonealmente in topi senza essere stati filtrati provocarono in questi animali lesioni caratteristiche con presenza del virus anche in successive inoculazioni con lo stesso metodo in altri animali, mentre i filtrati delle stesse sospensioni non provocarono alcuna alterazione.

In due pappagalli venuti a morte si potè dimostrare la presenza del virus, sia con l'esame diretto degli strisci di milza, sia con l'inoculazione intraperitoneale nei topi.

Nei casi umani fu anche eseguita la sierodiagnosi col metodo di Bedson (1937) basata sulla deviazione del complemento, usando come antigene una sospensione parzialmente purificata di virus ottenuta da una milza virulenta di topo scaldata a 100 C. per tre minuti.

La reazione risultò positiva in tutti cinque i casi mentre in un soggetto sano, un inserviente che da molti anni aveva rapporti coi pappagalli, risultò negativa.

A conclusione del loro studio che indica senza alcun dubbio la vera natura della piccola epidemia nello Zoo, gli AA. consigliano siano prese misure igieniche profilattiche adeguate, comprendenti l'uso da parte del personale addetto alla manutenzione degli animali, di maschere e occhiali chiusi oltre le misure più comunemente adottabili quali la protezione delle mani con guanti di gomma, la sterilizzazione degli utensili di pulizia, delle gabbie, ecc.

M. RASTELLI.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Discussione sui disturbi funzionali della voce.

Questa discussione si è svolta alla Sez. di Laringologia della Reale Soc. di medicina di Londra (*Proceedings of the Royal Soc. of Medec.*, marzo 1939).

D. Guttrie ha parlato diffusamente dell'apparato vocale e della sua funzione, della fisica della vocalizzazione e dei disordini della funzione vocale. Il laringe è solo una parte del meccanismo della voce, perchè a questo contribuiscono la respirazione, l'articolazione e la risonanza. Per produrre la voce è necessaria un'espirazione prolungata e controllata, a cui contribuiscono il diaframma e i muscoli intercostali e addominali. Anche questi muscoli devono essere disciplinati. Così alcuni cantanti e alcuni oratori ritengono necessario mantenere le coste inferiori sollevate (riserva costale).

A questa funzione muscolare deve essere coordinata la funzione laringea, regolata anch'essa dal proprio apparato muscolare. La vibrazione delle corde vocali è un fenomeno aerodinamico e si può studiare solo col troboscopio, apparecchio che, non si capisce perchè, ha avuto scarso uso in laringologia. Quando il numero delle interruzioni della sorgente luminosa è di 127 al secondo e la voce è emessa con vibrazioni della laringe di 128 al secondo, si vedono muovere le corde vocali con un ritmo di una vibrazione al secondo.

Il terzo elemento del meccanismo della voce è il risuonatore, rappresentato dal faringe e dalla bocca.

Dal punto di vista fisico bisogna considerare i così detti registri della voce. Il pianto del neonato corrisponde a 435 cicli. Alla pubertà la modificazione di lunghezza delle corde vocali modifica la voce, in maniera più appariscente nel maschio, meno nella femmina. In questo periodo è frequente osservare arrossamento con lieve tumefazione laringea, ma bisogna guardarsi dal formulare la diagnosi di laringite, specialmente se il cambiamento della voce impiega molti mesi a completarsi. In alcuni casi la voce conserva un tono alto anche dopo la pubertà. Se questo fatto è accompagnato da arresto dello sviluppo sessuale è necessaria una cura ormonica; altrimenti si può modificare meccanicamente colla pressione sulla cartilagine tiroide durante la produzione di note basse.

Dopo la pubertà la voce si classifica nell'uomo come basso, baritono e tenore e nella donna come soprano, mezzo e alto.

Nell'igiene della voce ha importanza enorme il modo di attacco. La qualità della voce si modifica secondo il registro, (di petto, medio e di testa).

Non è facile classificare le disfunzioni della voce. Il malato può lamentarsi di debolezza di

voce, di raucedine ricorrente, di sensazione, di secchezza, di bruciore, di senso di costrizione. Si può trovare una deviazione del setto o ipertrofia delle tonsille. Colla tonsillite si può cantare; ma non si può cantare con « fonastenia ». Il laringologo non deve mai trascurare il lato psichico, perchè tutti i cantanti sono degli emotivi. Spesso bastano cure igieniche generali senza trattamento laringeo locale. Utili sono le compresse fredde applicate al collo.

Se si fanno applicazioni laringee, le soluzioni adoperate devono essere leggere, l'applicazione va fatta con spruzzatore. Solo in casi in cui un cantante non può esimersi da impegni precedenti, lo si può mettere in condizioni di cantare togliendogli il dolore mediante soluzione di cocaina, sempre per spruzzatura.

A. Milner s'è occupato del problema dal punto di vista del cantante. Per prima cosa non è prudente forzare la voce nelle note più basse in chi non è allenato al canto. Per cantare bisogna sentirsi libero il laringe. Spesso chi canta avverte la risonanza, cioè una sensazione di vibrazione nella testa. Nella produzione della voce bisogna curare l'« articolazione », il respiro, la posizione del corpo e della testa. Una produzione errata della voce può riguardare la qualità, l'estensione, la potenza e l'intonazione.

Il disordine più importante è quello dell'intonazione. Se non si riesce a intonare regolarmente la voce è inutile cantare. Il non cantare « intonati » non dipende sempre dalla mancanza di « orecchio ».

Secondo Sir Richard Peget l'azione delle corde vocali false è importantissima nella produzione della voce, perchè esse funzionano da risuonatore. Egli ebbe la fortuna di poter osservare con un periscopio laringeo di sua invenzione, il laringe del prof. Russell e potè rilevare che il laringe assume un diverso aspetto secondo la varia espressione della faccia.

R. Curry ritiene che l'« attacco » della voce sia collegato colla sincronizzazione fra il principio dell'ispirazione e la chiusura delle corde vocali.

C. Horsford ricorda che fin dal 1912 egli ha rilevato quanto ha voluto comunicare il Milner. L.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. BASERGA. *La Mielosi eritremica acuta* (Malattia di Di Guglielmo). Vol. in-8° di p. 218. Pavia, Tipografia già Cooperativa, 1938. L. 25.

Dopo che al Convegno ematologico di Torino del 1936 la Mielosi eritremica acuta, con unanime consenso, venne giustamente definita la « Malattia di Di Guglielmo », un altro grande merito era acquisito alla Scuola ematologica italiana, e parve giusto che proprio in Italia, dove le geniali vedute del Di Guglielmo trovarono pronte e vaste conferme, dovesse comparire uno studio d'insieme su questa nuova malattia del sangue.

La monografia di Baserga assolve pienamente a questo compito; compito anzitutto, come ho detto, doveroso per noi italiani, e indubbiamente necessario, perchè venissero in qualche modo fissati i punti fermi su cui si basa e entro cui deve essere delimitata la « Malattia di Di Guglielmo ». Molto opportunamente il professore A. Ferrata, nel presentare questa monografia, mette in guardia gli ematologi e più che altro i non ematologi da pericolose ed eccessive dilatazioni del concetto originario del Di Guglielmo. Precisamente a questo tende, tra l'altro, l'opera di Baserga, il quale si è accinto al difficile lavoro con quella passione e con quel senso critico ad un tempo, che può avere chi ha, per così dire, vissuto da vicino il sorgere e l'evolversi del nuovo quadro morboso, e che lo vuole, con eguale desiderio, innalzare e anche lasciare incontaminato da erronee valutazioni e da non giustificate infiltrazioni.

Opera anzitutto analitica quindi, in cui la casistica finora nota viene passata al severo vaglio della critica, con la speranza di poter dare un giorno fondamento sicuro alle costruzioni avvenire; ma opera anche sintetica, di valutazione reale dei fatti, con le loro luci e le loro ombre, in cui si tien conto del quadro completo e delle sue varietà, della posizione nosologica della malattia, dei suoi contatti con altre emopatie, e in cui vengono portati contributi originali di notevole interesse, quali quelli relativi agli esatti quadri emato-midollari della mielosi eritremica acuta.

Chiunque voglia occuparsi del problema non potrà fare a meno di questa monografia in ogni senso completa e di indubbia utilità; e di ciò dobbiamo essere veramente grati all'Autore. V. CHINI.

P. CERUTTI e E. PAVANATI. *Linfogranulomatosi inguinale benigna*. Ed. Minerva Medica. Torino, 1938. Lire 30.

Mancava in Italia, come dice il prof. Truffi nella prefazione alla bella monografia di que-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

sti due suoi allievi, una trattazione estesa diffusa sulla linfogranulomatosi benigna, o poroadenite, quarta malattia venerea, malattia di Nicolas e Favre.

I due AA. della Clinica Dermosifilopatica di Padova ci presentano uno studio monografico completo su questa malattia venerea che dopo la descrizione di Durand, Nicolas e Favre, è ora facilmente riconosciuta e diagnosticata mediante anche l'aiuto della reazione di Frei. La trattazione si svolge in 375 pagine comprendenti undici capitoli; dai cenni storici molto utili per capire l'evoluzione del pensiero medico in questo campo, all'epidemiologia, all'eziologia. Seguono la descrizione delle forme cliniche, l'adenite, le forme genito-anorettali, la sintomatologia d'ordine generale e manifestazioni a carico di organi diversi (modificazioni cutanee, sistema nervoso, quelle oculari, quelle degli organi addominali, articolari, ecc.

Bene svolto è anche l'importante capitolo dell'allergia ed immunità, dove la intradermoreazione di Frei ha la parte principale. Infine è il capitolo sulla terapia e profilassi ed una abbondantissima rassegna bibliografica.

Monografia come abbiamo detto, completa, essa fa onore agli AA., alla Scuola Dermatologica padovana che ha in Truffi un così valido esponente, ed alla Scienza italiana.

Indispensabile ad ogni specialista, questa monografia sarà utilissima anche a tutti gli altri medici che troveranno ogni indicazione su questa forma venerea che comprende il bubbone climatico, il vecchio istiomene e la cui importanza anche sociale è di primo ordine.

La Casa editrice « Minerva Medica » ha dato la sua abituale, particolare cura nella stampa.

F. CORELLI.

A. BAUMEISTER. *Der diagnostiche Untersuchungsgang zur Feststellung der aktiven Lungentuberkulose in der allgemeinen Praxis.* Un vol. in-8° di 27 pagg. G. Thieme, Leipzig, 1938. Prezzo RM. 1,80.

L'A. richiama l'attenzione sul fatto che il 60-70 % dei tubercolosi viene riconosciuto troppo tardi dal medico; una diagnosi più tempestiva potrebbe invece salvare molte vite. È perciò necessario che il medico abbia sempre presente la possibilità di una tubercolosi non subito evidente e la ricerchi in tutti quei casi che presentano sintomi che possono in qualche modo accennare alla tubercolosi. Dopo un breve capitolo sulla tubercolosi attiva ed inattiva, indica il cammino per la diagnosi: anamnesi, metodi di ricerca fisica, radiologica, batteriologica; sedimentazione delle emazie, prova alla tubercolina nei bambini. Salvo l'esame batteriologico, nessuna prova dà la certezza, la quale deve scaturire dal complesso degli esami. Il piccolo libro merita una larga diffusione nel ceto medico. *fil.*

P. SAVY. *Traité de thérapeutique clinique,* II edizione. In-8° di 2776 pagg., rilegato in 3 volumi. Masson et C.ie, Paris, 1938. Prezzo 450 frs.

L'ampio trattato di terapia che il Clinico medico dell'Università di Lione qui ci presenta è tale da soddisfare le esigenze di qualsiasi medico. Alla molteplicità degli argomenti che vi sono inclusi, va unita sempre l'esposizione completa di ognuno di essi ed il lettore può con piena fiducia seguire i consigli sanamente equilibrati che l'A. gli fornisce.

Il trattato, di fatto, non è una semplice raccolta di tutte le terapie proposte per le varie forme morbose; ma ogni procedimento curativo viene vagliato e discusso nei suoi effetti come nella sue indicazioni e controindicazioni, in modo che la scelta sia agevole per il singolo caso. Una sobria scelta di ricette accompagna i singoli capitoli, concedendo una parte minima e quasi trascurabile alle specialità.

Tutte le forme di terapia sono tenute presenti; larga parte è fatta a quella chirurgica, che ormai si va spesso applicando anche a forme considerate puramente mediche. È necessario che il medico ne conosca le possibilità, per inviare tempestivamente il malato al chirurgo e per non trascurare questo mezzo, che può avere insperati vantaggi per il malato stesso. Nelle questioni di ordine chirurgico hanno collaborato i proff. Leriche e Cibert.

L'opera è divisa in 15 sezioni. A parte è esposta la terapia del dolore; in un altro capitolo, sono associate tre malattie di importanza sociale (tubercolosi, sifilide, cancro) nella condotta generale della terapia, in quanto che le singole localizzazioni sono trattate nei relativi capitoli; p. es., la tubercolosi polmonare ed il pneumotorace con le malattie dell'apparato respiratorio, la neurosifilide con le malattie del sistema nervoso, ecc.

Seguono poi le malattie dei diversi organi e sistemi, le malattie allergiche e discrasiche (in cui entrano i pruriti, l'eczema, la cellulite, il reumatismo cronico, le avitaminosi), le malattie infettive e le intossicazioni. Un ampio indice alfabetico facilita le ricerche.

Le indicazioni terapeutiche sono precedute da cenni sui sintomi e sulle sindromi ed ogni medicamento è discusso nelle sue proprietà farmacologiche pratiche. Il libro si inizia con un interessante capitolo sullo scetticismo terapeutico, da cui deve tenersi sempre lontano il medico degno di tal nome. Il malato ricorre a noi non per avere una diagnosi scientificamente fine, ma per essere liberato dai suoi mali, sollievo che non possiamo dargli se incominciamo noi a mancare di fede.

Il libro dell'A. è stato accolto con grande favore dalla classe medica, come lo dimostra il fatto che la prima edizione si è esaurita in sei mesi. *fil.*

I MAESTRI

Il prof. Pio Bastai alla Clinica Medica di Padova.

Ordinario di Patologia Medica e Metodologia Clinica a Firenze dal 1931, dopo essere stato per tre anni alla stessa cattedra a Modena, il prof. P. Bastai è stato allievo carissimo del compianto prof. sen. Micheli, alla successione del quale venne anche designato in terna nel 1937. È stato pure recentemente designato alla unanimità dalla Facoltà e dal Senato accademico per il trasferimento alla Clinica Medica di Firenze. E viene ora nominato direttore della Clinica Medica Generale di Padova, cattedra insigne per incomparabili tradizioni lontane e recenti.



Il prof. Bastai giunge alla Clinica preceduto da una chiara fama di ricercatore acuto e di animatore di studi e di ricerche, di insegnante chiaro ed efficace e di consulente ricercatissimo. Educato alla indagine scientifica da Guido Banti e alla osservazione clinica da Pietro Grocco, da Cesare Frugoni e da Ferdinando Micheli, e sorretto da una cultura chiara e ordinata, ha portato le sue investigazioni nei più vari campi della patologia e della clinica. Così nel capitolo della patologia spleno-epatica sono originali le sue osservazioni di casi di splenomegalia con cirrosi epatica famigliare e sulla sindrome di Baumgarten, di cui ha dato per primo una interpretazione patogenetica poi accettata da tutti. Alla ematologia ha portato pure importanti contributi, recando la documentazione della ereditarietà dei casi di anemia emolitica apparentemente sporadici, e illustrando il capitolo delle anemie da carenza ormonica, sotto la quale denominazione ha riunito l'anemia perniciosa, l'anemia achilica e la clorosi. Ha lavorato lungamente nel campo della ipersensibilità umana spontanea e sperimentale, prendendo le mosse dagli studi fondamentali del Frugoni ai quali aveva assistito nel tempo di sua permanenza come suo assistente all'Istituto di Patologia Medica a Firenze (1920). Indagando sui margini della biologia e della clinica ha distinto i fenomeni di anafilassi vera e pro-

pria da quelli di idiosincrasia, contribuendo a chiarire il significato biologico e clinico di varie sindromi allergiche come la malattia da siero e l'asma bronchiale. Ha pure lungamente indagato sulla natura delle reazioni tubercoliniche, anticipando con le sue ricerche e i relativi risultati le acquisizioni intorno a quella particolare condizione di ipersensibilità che è oggi noto sotto il nome di parallergia. È poi merito del Bastai la osservazione, universalmente confermata, della negatività della reazione tubercolinica nel linfogranuloma maligno. Nel campo delle malattie da infezione sono a tutti note le sue ricerche sulla encefalite e sulla infezione erpetica, e segnatamente quelle sulla brucellosi, specialmente per la parte da lui presa in difesa della autonomia della infezione melitense umana, da lui ritenuta esclusivamente dovuta alla Br. Melitense, anche nei casi di contagio di provenienza ovina e bovina. Infine in questi ultimi anni l'attenzione del Bastai è stata attratta dai problemi collegati con la chirurgia funzionale. È suo il primo tentativo di cura della tromboangioite obliterante con la asportazione parziale delle paratiroidi; e del tutto recentemente ha sperimentato su scala relativamente ampia, la tiroidectomia totale nella cura dello scompenso di circolo e della angina di petto.

Ma l'argomento che più di ogni altro ha attratto la sua attenzione, tanto da avervi dedicato ormai da un decennio una parte notevole della sua attività e di quella degli allievi, è la fisiopatologia e la clinica della vecchiaia. Sono oltre una trentina le pubblicazioni dedicate dalla sua Scuola a questo argomento, che ha avuto anche una trattazione monografica sotto forma di relazione a un recente congresso nazionale di medicina interna (Bastai e Dogliotti: *Fisiopatologia e Patologia Speciale della Vecchiaia*. Edit. Pozzi, 1937). L'interesse suscitato ovunque dalla cospicua mole delle indagini compiute e dalla interpretazione originale dei fenomeni della senescenza ha indotto un editore straniero a curarne una traduzione in lingua francese (*Physiopathologie de la Vieillesse et Introduction à l'étude des Maladies des Vieillards*. Masson e C. Paris, 1938) che contribuirà certamente nel modo più efficace a diffondere e consolidare tra gli studiosi stranieri le tradizioni di serietà e l'importanza degli studi medici in Italia.

Il prof. Bastai è anche un animatore di studi e di ricerche da parte dei suoi allievi, attratti in numero sempre maggiore alla sua Scuola e da lui guidati alla osservazione diuturna del malato e alle indagini cliniche e di laboratorio. Una recente relazione sulla attività scientifica dell'Istituto di Patologia Medica di Firenze dal 1931 al 1938, in cui sono elencate e riassunte ben 150 pubblicazioni, attesta la intensa attività e il fervore di studi che egli ha saputo creare nell'Istituto da lui diretto.

Con tali precedenti è facile presagire che l'insegnamento e la Scuola del prof. Bastai avranno nella Clinica di Padova un successo pari alla aspettazione e in tutto degno della grande tradizione della Scuola da cui proviene e di quella non meno alta della Clinica di Padova alla quale è stato nominato.

La Redazione.

Accademie, Società Mediche, Congressi

R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 1° marzo 1939.

Presidente: sen. prof. Giunio Salvi.

Risultati della prova biologica e batteriologica nel lupus eritematoso subacuto e nella pitiriasis rubra pilaris nei rapporti con l'infezione tubercolare.

Santoianni G. — L'O. ha praticato insemenzamenti in terreno di Loewenstein ed inoculazioni in cavie per via intraganglionare, secondo il metodo di Ninni, con sangue, lesioni cutanee e linfoghiandole provenienti da un infermo di « pitiriasis rubra pilaris » e da un altro di lupus eritematoso subacuto. Ha praticato anche passaggi in serie da cavia a cavia fino al quarto passaggio.

Mentre le ricerche batteriologiche sui materiali provenienti sia dagli infermi sia dagli animali inoculati hanno dato sempre risultati negativi, la prova biologica ha messo in evidenza un quadro anatomo-patologico e microscopico rapportabile a quello riscontrato negli animali trattati per lo studio dello ultravirus tubercolare.

Un nuovo indicatore per la diagnosi di rottura del sacce delle acque.

Tortora M. — L'O. ha sperimentato la reazione alla nitrazine, proposta dal Baptisti per la diagnosi di rottura delle membrane, in 200 donne, delle quali 100 con sacco integro e 100 con sacco aperto da tempo vario. Conclude che valori del pH vaginale uguali a 6 o superiori indicano che le membrane sono rotte, valori inferiori, che sono ancora integre. In base ai brillanti risultati ottenuti (positività della reazione nel 100 per 100 dei casi) ritiene che tale reazione, di facile applicazione e del massimo grado di sicurezza diagnostica, meriti di essere introdotta nella pratica ostetrica.

La tiroide del feto e del neonato e l'ipertrofia congenita della tiroide.

Raso M. — L'O. ha pesato 473 tiroidi di feti negli ultimi mesi della gravidanza. Dai risultati ottenuti risulta che il rapporto fra peso medio della tiroide e peso del corpo è uguale a 1,5 ‰; escludendo però le tiroidi sicuramente ipertrofiche, è dell'1,1-1,3 ‰. Questo rapporto trovasi sia nei feti di peso inferiore ai 1000 gr. sia in quelli di 2000, 3000, 4000 gr. Il peso medio delle tiroidi è nei 3/4 dei casi inferiore al 2 ‰. Le tiroidi dei macerati pesano 0,8 ‰ in media e dati ponderali inferiori alla media danno i broncopolmonitici e i figli dei luetici.

Nelle tiroidi dal peso inferiore al 2 ‰ esiste colloide, prevalentemente nelle regioni periferiche; questa però manca in tutte le tiroidi dal

peso superiore ai 3 ‰. La desquamazione non è in rapporto con alterato circolo.

L'O. ha studiato 30 casi d'ipertrofia tiroidea; questa va interpretata come l'esaltamento di alcune modificazioni fisiologiche della tiroide fetale. Si trova per lo più nei maschi (2/3 dei casi); non è in rapporto diretto nè con l'età della madre, nè con la parità. Una parte delle madri dei casi esaminati non proveniva da regioni gozzigene, ed in un solo caso vi era gozzo nella madre.

Fra i casi esaminati vi sono anche due coppie di gemelli con ipertrofia tiroidea.

Nell'ipertrofia tiroidea le emorragie vere sono rare. Non esiste nessun rapporto diretto tra ipertrofia tiroidea e ipertrofia timica da una parte e tra ipertrofia tiroidea e ipertrofia cardiaca dall'altra.

La cosidetta struma vascolosa non è anch'essa che la diffusione a tutta una tiroide di peso superiore alla media di zone telangettasiche che possono esistere in molte tiroidi normali le quali possono presentare anche l'intero corpo ghiandolare occupato da vasi telangettasici.

Società Medica del Friuli.

Presidenza: Prof. A. VARISCO.

Seduta del giorno 21 dicembre 1938-XVII.

Sulla tecnica dell'artrorisi tibioastragalica.

Prof. G. PIERI. — L'artrorisi è una operazione ideata da Putti e diretta a limitare mediante arresti ossei le escursioni articolari passive degli arti paralizzati; la sua applicazione più frequente è a livello dell'articolazione tibiotarsica.

Varie tecniche sono state proposte a questo scopo.

L'O. illustra un suo metodo che consiste nel trapianto di una stecca tibiale o di un segmento di perone, prelevati dallo stesso paziente, praticato attraverso un tunnel obliquo nella grande tuberosità del calcagno affondandoli fino a che la estremità del trapianto osseo giunge a contatto del margine posteriore della epifisi tibiale inferiore.

Questa tecnica ha ben corrisposto, anche a distanza nei due casi in cui l'O. l'ha usata. Egli presenta la ultima operata (l'intervento fu praticato il 15 agosto): si tratta di una giovinetta di 15 anni con gravi esiti di poliomielite anteriore.

Ematomi sottodurali.

Prof. L. MENCARELLI. — Due osservazioni fatte in qualità di Perito giudiziario hanno offerto la possibilità all'O. di portare un contributo casistico sugli ematomi sottodurali. La finalità della comunicazione è quella di richiamare l'attenzione sulla possibilità di sintomatologie e morti improvvise a distanza dal trauma. Sono anche fatte delle considerazioni circa i rilievi eziologici rivolte soprattutto a ritenere degni di attenzione i rapporti tra granulazioni del Pacchioni e vasi venosi leptomeningeali.

Le pneumocistopatie non parassitarie.

Prof. L. MENCARELLI. — L'O. fa delle considerazioni statistiche sopra il materiale osservato nell'Istituto in un complesso di 1270 autopsie circa.

Prende con ciò l'occasione di prospettare un programma di lavoro tendente ad inquadrare le varie forme di cistopatie escluse le parassitarie, basandosi sopra il vasto materiale di osservazione personale e quello di altri AA.

L'intervento sull'ipofisi per via transfenoidale.

Prof. P. G. CANTELE. — Avendo avuto l'occasione di intervenire in alcuni casi di affezione ipofisaria per la via bassa, transfenoidale, seguendo fondamentalmente il metodo transnasale di Eiselsberj-Cavina, l'O. espone qualche considerazione di tecnica improntata al concetto che nell'intervento le demolizioni delle strutture delle fosse nasali debbano essere ridotte al minimo, mentre ampia e generosa il più possibile risulti la messa a nudo del contenuto endosellare.

Illustra quindi i risultati di due casi uno dei quali, che ebbe esito infausto, presentava in regione soprasellare una rara forma nella patologia cistica ipofisaria cioè una cisti da echinococco complicata da una altra intracerebellare, mentre il secondo adenoma basofilo strettamente endosellare, ebbe il più lusinghiero successo soprattutto nel ricupero della funzione visiva permanente già dopo circa 10 mesi dall'intervento.

Conclude col ribadire l'opinione che assegna speciali indicazioni topografiche ai tumori da aggredire per via extra-cranica, cioè la loro sede e il loro sviluppo nettamente endosellare.

Particolarità su di un caso di laringostenosi cronica portato a guarigione.

Dott. L. COMELLI. — L'O. descrive un caso di laringotracheostenosi conseguente a condropericondrite piogenica sorta in peculiari circostanze delle quali cerca di dare spiegazione. Il paziente dopo esser stato sottoposto a laringostomia e trattato con il metodo di Laurens allo scopo di dare una stabile sufficente canalizzazione del tubo laringotracheale, fu portato a guarigione nello spazio di circa tre mesi e mezzo. Fatte rilevare le difficoltà di guarigione dei laringostomizzati, descrive accuratamente il metodo seguito e termina con un'ampia rassegna di quelli delle diverse scuole.

Emangioma dell'avambraccio.

Dott. N. FORTUNI. L'O. comunica un interessante caso di angioma dell'avambraccio sinistro. L'osservazione è interessante perchè dall'esame radiografico risultavano degli aspetti distruttivi che, con fondate ragioni, portavano a ritenere partecipe il tessuto osseo al processo neoplastico. L'indagine istologica eseguita nel modo più completo a carico di tutte le parti ha invece esclusa tale possibilità e fatta diagnosticare la forma come angioma semplice.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Pancreatite cronica latente.

La pancreatite cronica, dice J. V. Grott (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, gennaio 1939), è malattia molto più frequente di quanto non si creda e la diagnosi di essa verrebbe posta più frequentemente se si pensasse sempre alla possibilità di una pancreatite in tutte le malattie degli organi vicini e se si facessero le prove della funzionalità pancreatica. Nelle lesioni pancreatiche la palpazione mette in evidenza una zona dolente in corrispondenza del bordo esterno del muscolo retto dell'addome. Due ricerche sono molto importanti: la glicosuria sia a digiuno sia 2 ore dopo l'ingestione di 50 g. di glucosio e la ricerca dell'amilasi nelle urine.

Per lo più si tratta di malati fra 25 e 50 anni, più spesso donne che uomini, che presentano un dolore alla palpazione in corrispondenza della regione pancreatica: il laboratorio mostra una glicosuria spontanea o dopo carico di glucosio e disturbi nel comportamento dell'amilasi nell'urina nel senso di un aumento.

La pancreatite cronica esige un trattamento di lunga durata per ottenere la guarigione completa ed i rimedi essenziali sono l'insulina e le applicazioni calde (diatermia) sulla regione pancreatica. F. TOSTI.

Le tiroiditi acute.

L'osservazione di una donna morta in seguito ad una tiroidite acuta fornisce ad E. Tavani (*Il Valsalva*, febbraio 1939) l'occasione di occuparsi diffusamente dell'argomento.

Le T. A. si riscontrano nella maggior parte dei casi in seguito ad infezioni o suppurazioni della cavità orale, della faringe e della laringe (il caso dell'A. era consecutiva ad epiglottite). Trattasi di una forma relativamente rara.

La diagnosi differenziale da altre affezioni infiammatorie a sede vicina è, secondo l'A. generalmente facile. Interessante è il rilevare che, tanto nelle forme semplici che in quelle purulente, sono stati osservati dei sintomi di ipertiroidismo (tachicardia, esoftalmo, tremori, stato ansioso) passeggeri oppure persistenti dopo la risoluzione della tiroidite. Anche il dimagramento, che si osserva in certi malati affetti da tiroidite semplice viene interpetrato da alcuni come un effetto di iperproduzione di increto tiroideo.

Per l'origine della tireo-tossicosi, è necessaria però la esistenza di una predisposizione nervosa, dovuta a tara ereditaria od a malattie pregresse. L'esistenza di tali alterazioni funzionali è spesso tutt'altro che agevole.

L'evoluzione delle tiroiditi semplici od anche purulente è generalmente benigna, il che non toglie che nella letteratura siano riportati varî casi mortali; in quello dell'A., le condizioni circolatorie e renali hanno dominato il quadro dell'infezione, fino a diventare esse stesse le cause di morte.

Le ricerche sull'agente eziologico non sono state sempre coronate da successo; in molti casi, si sono isolati degli streptococchi.

fil.

Ittero intermittente giovanile.

E Meulengracht (*Klin. Wochen.*, 27 gennaio 1939), denomina « Icterus intermittens juvenilis » uno stato patologico benigno, caratterizzato da lieve ittero e da stanchezza. L'ittero è per lo più lieve, spesso visibile alle sole sclere: come lo dice la denominazione, esso è intermittente, nei periodi anitterici scompare anche la stanchezza (fisica e psichica) e solo l'esame emetologico mostra una iperbilirubinemia. La malattia (ma di malattia si può appena parlare, tanto che lo stato è denominato da alcuni « iperbilirubinemia fisiologica ») si osserva solo nei giovani, nei casi dell'A. tra i 14 e i 34 anni. L'urina è di colore normale, non contiene mai bilirubina e solo di quando in quando, urobilina. Il colore delle feci è normale. Non vi è mai prurito. Mancano il tumore di milza, la diminuzione di resistenza osmotica dei globuli rossi, la microcitosi e la reticulocitosi che caratterizzano gli itteri emolitici: non si tratta quindi di forme larvate di ittero emolitico. E nemmeno si può invocare la esistenza di un'epatite cronica, perchè manca qualsiasi segno di pregressa epatite e perchè non si osservano mai peggioramenti: lo stato itterico periodico si protrae per decenni, conservando sempre il carattere estremamente benigno. Probabilmente si tratta di una lieve insufficienza funzionale del fegato. P.

La motilità gastro-intestinale nella anemia ipocromica essenziale.

L'anemia ipocromica essenziale, dicono W. Thiele e G. Pust (*Mediz. Welt*, 7 genn. 1939), è una malattia da carenza di ferro. I fattori responsabili di questa carenza possono essere una deficiente riserva di ferro nell'organismo, insufficiente contenuto di ferro negli alimenti, perdite di sangue mestruale, la gravidanza. Negli ultimi tempi è stato messo in evidenza un altro fattore di considerevole importanza: gli ammalati di anemia ipocromica essenziale non sono capaci di assorbire il ferro ingerito.

Nella grande maggioranza dei casi l'anemia ipocromica essenziale è accompagnata da achilia: quest'ultima non è però da sola responsabile del cattivo assorbimento del ferro. Infatti non tutti gli individui affetti da achilia

presentano una anemia ma soltanto una parte di essi.

In questi ultimi si constata un accelerato svuotamento dello stomaco e una ipermotilità del tenue, mentre negli achilici senza anemia le condizioni di motilità gastro-intestinale sono normali. Ricerche fatte dall'A. con la somministrazione di 200 cmc. di lattobarite dimostrarono condizioni normali di svuotamento gastrico (dopo un'ora persistenza di un resto compatto nella porzione caudale dello stomaco) in 9 su 10 ammalati di achilia semplice; in un solo caso un passaggio accelerato. Invece 10 ammalati di anemia ipocromica essenziale non trattata dimostrarono tutti un considerevole acceleramento dello svuotamento gastrico, che nella maggior parte dei casi era addirittutra precipitoso: di questi pazienti 9 presentavano una achilia, mentre in uno erano normali le condizioni di acidità gastrica. In due altri pazienti affetti da achilia e anemia ipocromica, curati da tempo e trovantisi in uno stadio di remissione, lo svuotamento gastrico si compiva in modo normale.

È verosimile che lo svuotamento precipitoso dello stomaco e del tenue di alcuni ammalati di achilia determini, per il conseguente deficiente assorbimento del ferro, uno stato di anemia, la « anemia ipocromica essenziale ». Questa accelerazione nello svuotamento gastrico non si osserva negli ammalati di anemia perniciosa, in cui in genere il tempo di passaggio del bario attraverso lo stomaco e il tenue è eguale a quello che si riscontra nei casi di achilia semplice, senza anemia. P.

Amebiasi del pene.

L'amebiasi cutanea è stata descritta come un'ulcerazione fagedenica della parete toracica o addominale che segue alla rottura spontanea o al drenaggio chirurgico di un focolaio intraaddominale di amebiasi e, meno frequentemente, come un'infezione fistolosa o condilomatosa delle regioni perianale e glutea. H. E. Shih, Y. K.Wu e V. T. Lieu (*Chinese medic. Journ.*, febbraio 1939) descrivono un caso di ulcerazione progressiva del pene, di cui nella letteratura esiste in precedenza un altro caso soltanto.

Si trattava di un uomo di 54 anni, che fin da bambino aveva una fimosi e che da cinque mesi aveva un'ulcerazione del pene che era cominciata spontaneamente con dolore, tumefazione e fuoruscita di pus dall'apertura prepuziale. Successivamente si ebbe ulcerazione della faccia dorsale del prepuzio e della porzione ventrale del glande. Non c'erano precedenti dissenterici e il paziente negava di avere avuto rapporti omosessuali. La moglie godeva ottima salute.

L'esame delle feci, fatto sei volte, fu negativo per amebe e la sigmoidoscopia era normale. L'esame istologico di un pezzo di tessuto ulceroso dimostrò la presenza di numerose amebe istolitiche nello strato superficiale, meno numerose negli strati profondi. Strisci della secrezione confermarono il reperto.

Fu iniziata cura emetinica per iniezioni endomuscolari fino a raggiungere complessivamente la dose di centigr. 57 in dieci giorni; localmente si fecero lavaggi con soluzione fisiologica. L'ulcera si deterse fin dal 3° giorno di cura; al 5° non si trovarono più amebe. Alla fine del trattamento emetinico l'ulcera era guarita. Cinque giorni dopo la guarigione dell'ulcera fu escisso il prepuzio e si ebbe guarigione della ferita in cinque giorni.

Circa la fonte di contagio, il caso rimase insoluto, perchè il coito anale fu negato dal paziente e l'eventuale esistenza di un'ulcerazione del collo uterino di origine amebica non fu potuta accertare o negare nella moglie, perchè questa non si sottopose ad esame ginecologico.

Clinicamente l'ulcerazione amebica si poteva confondere col carcinoma o coll'ulcera da germi piogeni comuni. L.

SEMEIOTICA.

L'asserita ipofonesi dell'apice con polmone destro normale.

Tutti i testi consultati dall'A. dànno come reperto percussorio dell'apice destro normale un suono più alto che a sinistra. Si sono volute dare diverse spiegazioni di questo rilievo: la posizione del bronco destro, la prossimità della trachea, lo sviluppo delle masse muscolari di destra.

W. Coleman (*The Am. Journ. of the Med. Sciences*, febbraio 1939) ha trovato che questo reperto percussorio non è costante. Su 223 studenti esaminati a questo scopo, si ebbe la modificazione del suono di percussione a sinistra in 158 (70,85 %) e a destra in 65 (29,10 %), nessuna differenza fu notata fra i due apici in 8 casi e in 2 era variabile (ora da una parte ora dall'altra). In tutti i casi esclusi 10 all'alterazione soprascapolare corrispondeva un'alterazione sopraclaveare dello stesso lato.

La percussione richiede una grande abilità nell'esame fisico del malato anche perchè spesso è essa che fornisce il primo indizio di una malattia polmonare e il medico può impadronirsi della sua tecnica solo dopo lunga esperienza. Non è consigliabile servirsi di plessimetri, perchè essi non dànno nessuna indicazione palpatoria. L'indice della mano sinistra è più adatto del medio. La percussione della ortopercussione, fatta a dito flesso ad angolo retto sulla 2ª falange, diminuisce l'acutezza della percezione. Il dito che fa da plessimetro deve essere premuto sul torace più o meno secondo il soggetto e la regione da esaminare: deve essere premuto di più sulla regione soprascapolare e nei soggetti grassi. È bene percuotere con pressioni diverse finchè

si trova il suono più sicuro. È necessario ottenere dall'esaminando un rilasciamento muscolare completo. La percussione va fatta col dito medio della mano destra che batte sull'indice sinistro per movimenti del polso. Solo se si vuol avere l'indicazione che può derivare da una percussione leggerissima si deve muovere solo il dito, non il polso.

L'A. consiglia anche di usare la percussione palpatoria, cioè una percussione così lieve da essere quasi silenziosa, ma che è sufficiente a provocare vibrazioni della parete toracica. Medici esperti nella percussione palpatoria possono ritrarre da essa dati più precisi che colla percussione comune. L.

LABORATORIO

Un nuovo metodo di concentrazione per la dimostrazione dei bacilli della tubercolosi nelle feci.

H. F. Chang e B. H. Y. Tang (*Chinese Med. Journ.*, febbraio 1939) rilevano che la dimostrazione di bacilli della tubercolosi nelle feci può riuscire difficile un po' perchè i bacilli sono scarsi e un po' per i processi di digestione che avvengono nel lungo tratto intestinale che devono percorrere.

I metodi di concentrazione dei bacilli sono due; o il lavaggio delle feci mediante liquidi di peso specifico basso (etere, ligroina) in modo da concentrare i germi nel liquido galleggiante o l'omogeneizzazione e la diluizione delle feci in modo da poter raccogliere i germi per centrifugazione.

I metodi basati sul galleggiamento sono molto costosi e non adatti ad un'applicazione consuetudinaria in Clinica. I metodi di centrifugazione presentano una difficoltà: quella di eliminare tutte le sostanze indigerite che possono trattenere bacilli. La filtrazione coi filtri di carta comune e di garza non ha dato buoni risultati. Per questo gli AA. si sono serviti di filtri di una speciale qualità di carta, fatta con paglia di riso, qualità che in Cina è usata per accendere le pipe ad acqua. Questa carta, chiamata *piao hsin chih*, è adatta allo scopo.

La tecnica adoperata è la seguente: 5 grammi di feci sono emulsionate con 1 cc. di soluzione satura di cloruro di sodio e poi con 10 cc. di soluzione di carbonato di sodio al 7 % in un mortaio sterile. Questa emulsione è poi passata in una provetta sterile e messa in acqua a 65° per 30' durante i quali si agita ogni tanto l'emulsione con un bastoncello. Quando l'omogeneizzazione è completa l'emulsione non presenta sedimento ed è uniforme. Allora si filtra attraverso un filtro della carta suindicata, raccogliendo il filtrato in provetta da centrifuga da 50 cc. e si lava due volte il filtro con acqua distillata. Si porta il filtrato a 50 cc. e si centrifuga a 3000 giri al minuto per mezz'ora. Del sedimento si preparano strisci che si colorano e si esaminano.

Questo metodo fu dagli AA. confrontato con vari altri e precisamente con quello di Petroff, con quello di Reh, con quello di Pottenger e con quello all'antiformina e i risultati furono nettamente a favore del nuovo metodo, che dà un numero di bacilli in alcuni casi di centinaia di elementi in più che cogli altri metodi.

L.

PROBLEMI CULTURALI

Direttive anatomo-cliniche per l'educazione del medico.

A. Businco (*Archivio di patologia e clinica medica*, gennaio 1939) nella sua magnifica prolusione all'insegnamento dell'Anatomia patologica nella R. Università di Bologna, espone i principii del suo metodo di insegnamento, ispirato alla concezione sempre moderna di G. B. Morgagni dell'osservazione del cadavere, completata dall'indagine istologica e dalla conoscenza delle nuove correnti del pensiero nei vari rami dello scibile medico. Il tutto tende a illuminare il processo morboso nel suo dinamismo clinico, e ciò allo scopo di formare dei medici scientificamente e moralmente coscienti della santità della loro missione.

F. TOSTI.

VARIA

Chi ha inventato lo spazzolino?

L'uso della spazzolino da denti fu preceduto da quello del « pannolino » che già fin dal 1530 era raccomandato per la pulizia dei denti.

Lo spazzolino da denti viene indicato per la prima volta nella letteratura nel 1774. In Cina sembra che questo strumento fosse già conosciuto: la grande enciclopedia del 1609 porta l'illustrazione di uno spazzolino da denti in osso, che è del tutto simile allo spazzolino dei tempi moderni. Lo strano è che i cinesi stabiliscono perfino il giorno della nascita dello spazzolino e cioè il 25 giugno 1498.

L'uso dello spazzolino viene descritto esaurientemente nell'enciclopedia di Zedler dell'anno 1749, dove lo spazzolino occupa il posto del pannolino, che viene però ancora menzionato.

Il primo ad insistere sull'impiego dello spazzolino da denti fu il dentista parigino Giuseppe de la Maire, nella copertina del cui libro si trova anche la figura di uno spazzolino da denti: indubbiamente è la prima figura illustrata di uno spazzolino europeo. Da allora cominciò l'ascesa dello spazzolino, ma ancora attorno alla metà del secolo XIX si discuteva se l'uso dello spazzolino da denti fosse proprio una necessità per la salute.

(Da « La Protesi Dentaria », 15 febbr. 1939).

F. TOSTI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ALESSANDRIA. *Opere Pie Ospedaliere.* — 9 assistenti; titoli ed esami; età limite a. 30. Scad. 6 maggio. Rivolgersi Segreteria.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini ».* — Concorso per titoli ed esami a primario ostetrico-ginecologo, fra medici italiani che abbiano conseguita la laurea in una Università del Regno. Età limite 35-45 anni. La nomina è subordinata all'autorizzazione per l'esercizio della professione in Egitto. Onorario per le operazioni e per i parti delle ricoverate paganti. Per i primi due anni l'Ospedale garantisce un minimo di lire egiziane 500 annue. È consentito l'esercizio della libera professione. Chiedere copia del bando. Documenti al Ministero della Educaz. Naz. (Direz. gen. della Istruz. Super.) in Roma. Scad. 15 luglio 1939-XVII.

CUNEO. *Ospedale di S. Croce.* — Assistente medico; titoli; età limite 35 a. se di prima nomina, 40 a. se già in servizio presso altri ospedali. Scad. 29 aprile. Domanda alla Segreteria.

FIUME. *Fondazione « Città di Fiume ».* — Direttore sanitario della Fondazione, per le Colonie Infantili Fasciste Marine e Montane; età limite 40 a. Scad. 15 maggio. Rivolgersi alla Segreteria.

FOGGIA. *Ospedali Riuniti.* — Due aiuti chirurgi; età limite 35 a. Un assistente; età limite 30 a. Titoli ed esami. Scad. 30 apr. Rivolgersi Segreteria.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Primario specialista delle malattie tropicali e subtropicali; titoli ed esami; L. 6000; il concorso è riservato ai sanitari di sesso maschile; età limite 45 a. al 19 marzo; per le altre condizioni chiedere copia del bando. Scad. 19 maggio, ore 17. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale San Martino).

LA SPEZIA. *Regia Prefettura.* — Il signor Prefetto, a modifica del precedente bando, avverte che al concorso per il posto di coadiutore presso la Sezione medico-micrografica del Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi de La Spezia, possono essere ammessi soltanto i sanitari di cui al combinato disposto degli articoli 78, n. 2 del R. Decreto 11 marzo 1935, n. 281, ed 85 (comma 3°) del Testo Unico Leggi Sanitarie. Il termine per la presentazione delle domande è prorogato alle ore 18 del giorno 30 maggio 1939-XVII.

MILANO. *Istituto Sieroterapico Milanese:* (Fondatore Sen. Serafino Belfanti). — Direttore dell'Istituto; stip. L. 80.000; garanzie e forme di previdenza disposte dalle leggi sull'impiego privato. Età limite 32-50 anni alla scadenza del concorso. Chiedere annunzio. Scad. ore 12 del 31 maggio. Rivolgersi alla sede, via Darwin 20, Milano.

MORTARA (Pavia). *Ospedale S. Ambrogio.* — Primario chirurgo; titoli; età limite 45 a. Scad. 5 maggio. Rivolgersi Segreteria.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Con decreto ministeriale 25 marzo 1939-XVII il termine per la presentazione delle domande documentate, per la ammissione al concorso per 25 posti di tenente medico in S. P. E. nella R. Marina, di cui alla notificazione in data 8 dicembre 1938-XVII, è stato prorogato fino a tutto il 27 aprile 1939-XVII.

I concorrenti residenti nei territori italiani dell'Africa e nei possedimenti italiani dell'Egeo o all'Estero, potranno essere ammessi al concorso presentando entro il 27 aprile 1939-XVII la sola domanda, salvo a produrre i documenti almeno cinque giorni prima della data di inizio delle prove scritte di esame, le quali cominceranno il 15 maggio.

ROMA. *Istituto Provinciale per l'Assistenza all'Infanzia.* — Ispettore medico centrale; stip. lire 11.200; indenn. serv. att. L. 2240; 4 quadrienni dec.; indennità annua L. 1500. Sono escluse le donne. Età limite 35 anni al 10 marzo. Scad. ore 12 del 20 giugno. Domande e documenti al Preside della Provincia. Per copie del bando e per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, via IV novembre 119-A (Palazzo Provinciale).

TREVISO. *Opere Pie Riunite Ospedale Civile « Elena di Savoia » - Istituto Esposti.* — Primario della Divisione di Urologia dell'Ospedale; L. 6700; scad. ore 12 del 30 aprile. Età limite 45 anni al 28 febbraio. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Amministraz. dell'ospedale, riviera Garibaldi, 13.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Primario oculista; titoli ed esami; L. 5000 e partecipaz. Scad. ore 18 del 4 maggio. Età limite 45 anni. Chiedere annunzio all'Amministrazione.

VENEZIA. *Ospedali Civili Riuniti.* — Primario della Divisione Pediatrica (Ospedale Umberto I); età limite 45 a.; titoli ed esami; assegno annuo L. 6000. Scad. ore 17 del 12 giugno. Richiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria degli Ospedali.

RR. Prefetture.

Sono indetti i seguenti concorsi:

A) per condotte mediche nelle province di:
- Alessandria, 17 posti; scad. 1 maggio, ore 18;
- Ascoli Piceno, 9 posti; proroga al 20 agosto;
- Como, 5 posti; scad. 30 aprile;
- Firenze, 10 posti (2 nel capol.); scad. 15 aprile;
- Nuoro, 8 posti; scad. 30 aprile.
- Pisa, 6 posti (1 nel capol.); scad. 1 maggio, ore 18;
- Pola, 6 posti; scad. 30 aprile;

B) per ufficiale sanitario e medico capo dell'Ufficio d'igiene di:
- Campobasso ed uniti; scad. 30 aprile.
- Pavia, due consorzi (stip. L. 18.000, 5 aumenti (rimborso spese di viaggio L. 6000); scad. 30 maggio, ore 18.

C) per Dispensari antivenerei:
- Alessandria, dirigente sanitario del Dispens. municipale di Casale Monferrato; scad. 30 aprile, ore 18.

Per i bandi di concorso, schiarimenti ed altre informazioni rivolgersi alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

Consorzi provinciali antitubercolari.

Chieti, per 2 medici direttori di Sezioni; scad. 23 maggio. Rivolgersi alla Segreteria.

Concorsi a premi.

Premio Gasperini

La R. Università degli Studi di Firenze bandisce un concorso per un premio biennale all'ammontare di L. 2000 intitolato al nome di « Gustavo Gasperini » da conferirsi al migliore lavoro originale pubblicato sopra argomenti di idrologia medica a preferenza con indirizzo biologico e sperimentale.

Potranno concorrere al premio studiosi del Regno e delle Isole dell'Egeo.

I concorrenti dovranno presentare entro il 31 ottobre 1939-XVIII alla Segreteria (piazza S. Marco, 2): *a*) domanda in carta legale da L. 4 indirizzata al Rettore; *b*) certificato di cittadinanza debitamente legalizzato; *c*) dichiarazione di non appartenere alla razza ebraica; *d*) tre copie del lavoro dattilografato o stampato con cui intendono di partecipare al concorso. Il premio è unico ed indivisibile.

La Commissione giudicatrice del premio emetterà il suo giudizio inappellabile entro il mese di novembre successivo.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

S. M. il Re Imperatore, su proposta del Duce, ha nominato senatore il prof. Gaetano Vinci, nato a Messina il 24 settembre 1869, deputato al Parlamento per la XXVIII e XXIX legislatura, volontario di guerra, titolare della Cattedra di farmacologia nella R. Università di Messina, nonchè Rettore di quell'Ateneo, presidente del Comitato orfani di guerra di Palermo, nonchè presidente della R. Accademia Peloritana, socio ordinario della R. Accademia delle Scienze di Torino.

Al Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione sono stati chiamati a costituire la quarta sezione (per l'istruzione superiore) tra altri: De Blasi S. E. prof. Dante, Frugoni prof. Cesare, Ghigi prof. Alessandro, Lanfranchi prof. Alessandro, Pende, sen. prof. Nicola, Pepere prof. Alberto, Perez prof. Giovanni, Putti prof. Vittorio.

Il prof. Gian Carlo Bentivoglio, titolare della cattedra di Clinica pediatrica nella R. Università di Siena, è trasferito alla stessa cattedra nell'Università di Pavia.

Il sen. prof. Giuseppe Sanarelli è nominato membro della Società Medica Svedese.

L'Università S. Clemente d'Arida di Sofia ha deciso di proclamare il prof. Eugenio Morelli, direttore dell'Istituto « Carlo Forlanini » di Roma, dottore *honoris causa* per i suoi eccezionali meriti scientifici, invitando il Maestro a partecipare alle feste giubilari che si svolgeranno nel maggio prossimo, durante le quali verrà fatta anche la solenne proclamazione del Morelli.

Il direttore degli Ospedali Riuniti di Roma, gr. uff. Carlo Solmi, è stato decorato della Commenda con placca dell'Ordine Pontificio di San Gregorio Magno. Il Breve di nomina è stato solennemente consegnato da Mons. Beretti, commendatore di Santo Spirito e direttore dell'Assistenza Religiosa negli ospedali di Roma.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e Convegni.

La 7ª Conferenza dell'Associazione internazionale di pediatria preventiva (A.I.P.P.) avrà luogo in Losanna il 22 e il 23 settembre. I lavori si svolgeranno nella Clinica pediatrica. Temi all'ordine del giorno: « La profilassi dei disturbi fisici e mentali durante il periodo puberale »; « La protezione materna e infantile negli ambienti rurali ». Per informazioni rivolgersi alla segreteria dell'Associazione: rue de Levriers 15, Genève, Svizzera.

Le « Seconde giornate internazionali di patologia e d'organizzazione del lavoro » sono indette a Parigi dal 22 al 25 maggio. Temi: « Condizioni igieniche dei vari lavori di saldatura », « Eziologia e patogenesi delle dermatosi professionali », « Vari sistemi d'indennizzo delle malattie professionali », « Studio tossicologico dei principali costituenti degli acciai detti speciali ». Quota d'iscrizione: 100 franchi. Segreteria: Institut médico-légal, place Mazas, Paris XIIᵉ.

In onore di un martire della scienza.

Il Re e Imperatore, su proposta del Duce, ha concesso, con decreto 25 marzo c. a., al prof. Vittorio Maragliano, ordinario di radiologia e terapia fisica presso la R. Università di Genova, la medaglia d'argento al valor civile con la seguente motivazione:

« Durante la lunga attività svolta nel campo della radiologia e della elettroterapia, esponendosi consapevolmente, nelle continue esperienze, all'azione nociva dei raggi Röntgen, mentre conseguiva risultati utilissimi al progresso della scienza, riportava gravi lesioni che rendevano necessari numerosi interventi chirurgici e l'amputazione di alcune dita delle mani. Ciò non arrestava il prosieguo della sua opera di studioso rivolta al conseguimento di nuove conquiste della scienza tendenti verso il benessere dell'umanità ».

La riorganizzazione degli Enti Ospedalieri di Napoli.

Il Prefetto di Napoli ha comunicato che, in omaggio alle recenti disposizioni legislative, ha avuto inizio il complesso lavoro di riorganizzazione e raggruppamento delle Opere Pie cittadine. Pertanto il Presidente ed i Componenti del Consiglio di Amministrazione degli Ospedali Riuniti hanno messo a disposizione del Capo della Provincia i loro incarichi.

Il Prefetto nel prenderne atto ha rivolto al Marchese avv. Vincenzo Girace ed ai Componenti tutti del Consiglio l'espressione del suo ringraziamento per l'opera svolta durante il periodo della loro amministrazione. Ha, poi, nominato Commissario Prefettizio il vice Prefetto comm. dott. Luigi Palmieri con l'incarico di studiarne la riorganizzazione amministrativa, anche in vista dell'aggregazione dell'Ospedale dello Scudillo, di cui è prossimo il completamento.

La riorganizzazione degli enti ospedalieri è stata ispirata principalmente a un criterio tecnico. Si è proceduto, infatti, a uno sfrondamento degli enti complessi, provvedendo all'aggruppamento per specializzazione.

Così l'ospedale di « Loreto » e quello di « S. M. della Vita » sono stati staccati dal R. Albergo dei Poveri; gli ospedali « Morvillo » e « Ascalesi » dall'Opera pia S. Gennaro Extra Moenia e l'ospedale « Paolina Rainieri » dal Pio Monte dell Misericordia e ciascuno è stato aggregato a un particolare « gruppo », salvo l'ospedale « Vita » passato al Consorzio Antitbc.

I gruppi sono tre e ciascuno attenderà a una branca particolare: le malattie acute; le malattie croniche; le malattie proprie dell'infanzia.

Il primo identifica il nucleo principale, specie sotto il profilo matrimoniale, nel già esistente gruppo degli « Ospedali Riuniti di Napoli » — Incurabili, Pace e Gesù e Maria — cui si aggiungono quello di Loreto e l'ospedale Ascalesi nonchè il nuovo grande ospedale dello Scudillo di imminente ultimazione.

Al Pio Monte della Misericordia viene affidata l'Amministrazione degli « Ospedali Riuniti per Cronici », in cui si fonderanno, l'ospedale « Elena d'Aosta » già di pertinenza dello stesso Pio Monte, l'ospedale « Morvillo » e la « Sezione Cronici » di S. Eligio.

Il terzo ente, denominato « Ospedali Riuniti per bambini », fonderà l'ospedale « Teresa Ravaschieri », l'ospedale « Lina Fieschi Ravaschieri », il « Pausilipon », il « Paolina Ranieri », il « Tignosario » già appartenente all'ospizio di S. Gennaro Extra Moenia e la sezione oftalmica dell'Istituto Vittorio Emanuele III.

L'opera pia « Confidenze di S. Filippo Neri », cui appartiene lo stabilimento termale di Pozzuoli, viene distaccato da « S. Gennaro Extra Moenia », e raggruppato, invece, col Pio Monte della Misericordia, al quale appartengono le terme di Casamicciola. Pertanto anche questa attività verrà gestita con unicità di criteri.

Logicamente le attività distaccate o aggregate comportano la diminuzione o l'aumento, per una adeguata quota, del patrimonio in guisa da ottenere una solida formazione patrimoniale per ciascun aggruppamento.

L'assistenza sanitaria di urgenza nelle esercitazioni di protezione antiaerea.

Durante le esercitazioni di attacco aereo alle città viene sospesa la circolazione stradale. Può accadere, in tale periodo, che qualche sanitario sia chiamato, per casi di assoluta e comprovata urgenza, presso ammalati gravi, o che si trovi in cammino per recarvisi. Per consentirgli di assolvere la sua opera è stato disposto, dalle competenti autorità che, a cura dell'U.N.P.A., durante le esercitazioni sopradette, si trovi, presso ciascun Gruppo Rionale, un'autovettura.

Il medico, per servirsene, potrà chiamarla a mezzo di telefono, se egli è ancora in casa, o farsi accompagnare al Comando rionale più vicino dallo stesso agente di P. S. che lo ha eventualmente fermato.

Corsi di perfezionamento.

A Parigi si terranno corsi di perfezionamento: sulle malattie del tubo digerente, del fegato e della nutrizione, sotto la direzione del prof. Maurice Villaret, a partire dall'1 maggio, per la durata di 2 settimane, nell'ospedale « Broussais-La Charité »; di clinica oftalmologica, sotto la direzione del prof. E. Terrien, dal 12 maggio al 16 giugno: si svolgerà prevalentemente nell' « Hôtel-Dieu »; sulle aritmie, sotto la direzione del dott. Camille Lian, nell'Ospedale « Tenon », dal 16 al 26 maggio: tassa fr. 250; di micologia teorica e clinica, sotto la direzione del dott. Maurice Langeron, nell'Istituto di Parassitologia, dall'1 al 31 maggio, in 24 « manipolazioni »: tassa fr. 500.

I medici artisti.

Una simpatica riunione ha avuto luogo a Milano la sera del 14 marzo, a cura dell'Associazione Medici Italiani Artisti, nell'ampia e bella sala di « Mare Nostro » affollatissima di pubblico. Alla serata, cui parteciparono medici, autori ed esecutori, vollero dare il loro contributo la valorosa attrice Anna Carena, la signorina Alda Panizzera e l'attore Emilio Rinaldi.

Il dott. Sanguineti (Amàro) disse degli scopi dell'A.M.I.A. ricordando le benemerenze del prof. Piccinini che preludiarono la nascita e le affermazioni dell'Associazione. Il dantista dott. Turchi illustrò l'episodio di Filippo Argenti. L'attrice Carena recitò squisitamente versi dei medici Anile, Aievoli, Fazzini, Baslini, Masnata, Sanguineti, Girone.

Un po' dovunque.

Il segretario del C.O.N.I. ha riunito in Roma, allo Stadio del Partito, i rappresentanti della Fe-Federazione Italiana Medici Sportivi ed ha comunicato loro le modalità stabilite dal segretario del Partito, affinchè l'opera dei medici sportivi prescelti si svolga a salvaguardia del patrimonio atletico delle singole federazioni.

In Inghilterra il Ministero della sanità ha diramato a tutti gli ospedali un piano generale predisposto per l'utilizzazione nell'eventualità di una guerra. I malati che non hanno assoluto bisogno di essere ospedalizzati verranno dimessi. Nelle zone più vulnerabili gli ospedali coordineranno la loro azione assistenziale, così nei riguardi dei mezzi come del personale.

Con legge n. 185 del 5 gennaio 1939 è stato convertito in legge il R. D. 1608 del 9 settembre 1938 che integra il Consiglio direttivo all'Istituto di malariologia « Ettore Marchiafava », con una rappresentanza del Ministero dell'Africa Italiana.

Nell'Ospedale di Fondi, amministrato e riorganizzato dal prof. G. Del Vecchio, il 2 aprile venne inaugurato, tra l'altro, il nuovo reparto operatorio, dedicato alla memoria del giovane eroe Giorgio De Blasi. Alla cerimonia intervennero S. E. Bottai, S. E. Fedele, S. E. il Prefetto, il Federale ed altre autorità e personalità.

Il Consiglio d'amministrazione dell'Istituto sieroterapico milanese ha deliberato di aggiungere il nome del compianto prof. Serafino Belfanti a quello dell'Istituto stesso, come fondatore.

Al corso di medicina rurale presso l'Accademia medica pistoiese « Filippo Pacini », dopo la lezione inaugurale del 15 gennaio tenuta dal prof. Leoncini, si sono tenute lezioni dei proff. C. Cantieri, Bianchi, Gentili, Rossi, Leoncini; per il mese di aprile sono annunziate lezioni dai proff. L. Castaldi, Mori, Putzu, A. Gasbarrini. Altre lezioni si terranno in maggio e in giugno.

Ai primi di luglio sarà tenuto a cura dell'Accademia predetta, un Convegno Regionale di Medicina Rurale al quale si è invitati a partecipare, col contributo dei propri lavori.

La Società Napoletana di Chirurgia si è adunata il 3 febbraio sotto la presidenza del prof. L. Torraca e il 29 marzo sotto la presidenza del prof. L. Dominici; segretario il dott. L. Imperati. Nella prima seduta sono state fatte comunicazioni da: M. Romeo, G. Balice, A. Papa; nella seconda da: C. Rendano, L. Imperati, E. Bartolomucci, P. G. Montemartini.

L'Associazione Medica Triestina si è adunata il 20 e il 27 gennaio, il 3 febbraio, il 3 e il 17 marzo; sono state fatte comunicazioni e conferenze da: A. Dei Rossi, G. Linca; B. Babudieri; P. Galli; G. Osvaldella, P. Cheni; M. Geyer.

Una riunione medico-chirurgica di morfologia si terrà il 19 aprile a Parigi, nell'anfiteatro della Scuola d'antropologia, sotto la presidenza del dott. Claoué.

La Società medica dell'Alto Adige si è adunata l'8 marzo, sotto la presidenza del dott. G. Bidoli. Sono state fatte comunicazioni da: E. Matteucci, A. Chiatellino, F. Casanova, B. Dal Santo, G. Bidoli.

Una vicenda giudiziaria va svolgendosi in Roma tra il dott. Carlo Federico Alter, di nazionalità tedesca, direttore del periodico « Nosokomeion », e la sig.na Christiane Elisabeth Reimann, di nazionalità danese, segretaria del Consiglio internazionale delle infermiere di Ginevra. Per cinque anni sono stati fidanzati. Il primo ha amministrato i beni della seconda, che ha chiesto il rendiconto della gestione.

La Società medico-chirurgica padovana si è adunata il 17 marzo. Sono state fatte comunicazioni da: A. Alexandre - M. Cavalli, G. Sotgiu, C. R. Pellizzari (due comunicaz.), C. A. Maltese Le Roy, K. Arslan (due comunicaz.).

La Reale Accademia Medica di Genova si è adunata il 15 marzo, sotto la presidenza del prof. G. Sabatini. Sono state fatte comunicazioni da: F. Chessa, A. Oliveri, F. Giannoni.

La Società medico-chirurgica di Modena si è adunata il 10 marzo, sotto la presidenza del prof. A. Aggazzotti. Sono state fatte comunicazioni da: E. Trabucchi, P. Zamboni, A. Pirovanov, U. Poppi, A. Aggazzotti, P. Cancarini.

La Società medico-chirurgica veneziana si è adunata il 21 marzo; sono state fatte comunicazioni dai soci: Lenti, Magni, Polichetti, Belgrano.

La Società tosco-umbra di chirurgia si è adunata il 18 marzo; sono state fatte comunicazioni dai soci: Lilla, G. Gucci (due comunicaz.), P. Sturlese, G. Niosi.

Negli Ospedali Civili di Genova il 2 e il 9 marzo si sono tenuti dei convegni sanitari. Nella prima seduta fu commemorato il compianto prof. Fausto Badano, già direttore sanitario; nella seconda furono fatte comunicazioni da: L. Durante, F. Geriola, M. Corsi, G. De Marchi, E. Savarese.

In Roma è stato organizzato un corso per dirigenti, vigilatrici ed econome addette alle Colonie estive.

Il sen. prof. N. Pende ha inaugurato il 26 marzo a Milano il corso di biopedagogia, ortogenesi e igiene dell'età evolutiva, parlando sul tema: « Fasi somatopsicogenetiche e programmi pedagogici ».

Il dott. Charles D. Humberd, dello stato di Mentana (S. U. d'A.), è stato querelato dal gigante Robert Pershing Wadlow (ventunenne, alto m. 2.78) il quale ha chiesto un indennizzo di 100 mila dollari (pari a 2 milioni di lire it.), considerandosi danneggiato da una pubblicazione, nella quale il suo stato è prospettato come anormale. Il Tribunale di Saint Joseph, nel Missouri, ove si è svolto il processo, non ha accolto la richiesta.

Il 25 marzo è deceduto a Monaco di Baviera, in età di 51 anni, il dott. GEHRARDT WAGNER, führer dei medici tedeschi. Era nato nel 1888 nell'Alta Slesia; nel 1919 s'ingaggiò nei corpi franchi comandati dal generale von Epp e prese parte ai combattimenti che si svolsero nell'Alta Slesia. Fondò l'Associazione nazional-socialista dei medici tedeschi; poi il cancelliere lo mise alla testa della professione medica tedesca. Faceva parte del Reichstag.

Il suo corpo è stato incenerito a Monaco, presente il cancelliere.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Journ. A. M. A., 15 ott. — A. J. SCHOLL. Condizioni urologiche simulanti la glomerulonefrite cron. — O. H. ROBERTSON. Polmonite lobare speriment. — M. TORRIOLI e V. PUDDU. Patogenesi del morbo di Werlhof.

Paris Méd., 12 nov. — H. MOLLARD e M. DURAT. Nuovi derivati dello zolfo nelle affezioni delle vie resp.

Wien. Klin. Woch., 18 nov. — KLARE, KUTSCHERA-AICHBERGEN. Costituzione e tbc

Min. Med., 10 nov. — V. PORTA. Meningoradicolite con inizio a sintomatologia tumorale.

Journ. Méd. Franç., sett. — Insufficienza renale.

Presse Méd., 16 nov. — R.-H. MONCEAUX. Difficoltà di trasform. del carolene in vit. A in vari stati patologici.

Deut. Med. Woch., 18 nov. — LOMMEL. Il medico e i suoi cinque sensi. — HERRGLOZ. Bradicardia da sport.

Münch. Med. Woch., 18 nov. — W. ROLLATH. Elementi in tracce. — G. LEHMANN. Impedim. della lattaz. mediante ormone follicolare.

Brasil-Med., 8 ott. — L. PEDREIRA TORRES. Itterizia genunina di Frage e tratt. di Pribram. — A. ACYLINO DE LIMA. Choc ipoglicemico nel trattam. dell'asma bronch.

Journ. Sc. Méd. Lille, 20 nov. — R. DESPLATS. Roentgenterapia anti-infiammatoria. — L. LANGERON. Trattam. delle febbri tifoidi con iodobismutato di chinina.

Lancet, 19 nov. — J. TAYLOR. Trattam. chirurgico del dolore. — V. E. LLOYD e al. Chemoterapia della gonorrea.

Min. Med., 11 ag. — G. FRONTALI e G. FERRARI. Forme nervose della ppellagra curate con ac. nicotinico.

Med. Klinik, 18 nov. — W. LÜTTGE. Trattam. della pre-eclampsia e dell'eclampsia.

Ann. Inst. Pasteur, nov. — P. LEPINE e V. SUTTER. Contagio di laboratorio con virus della coriomeningite linfocitaria ben. — M. ROYER e M. SERVIGNE. Azione microbicida dei raggi U.-V.

Presse Méd., 19 nov. — P. EMILE-WEIL e al. Forme cutanee ulcerose della m. di Hodgkin.

Klin. Woch., 19 nov. — B. STEINMANN. Sputatori di sangue. — H. OTTO. L'acido ascorbico sulla dift. maligna.

Med. Welt, 19 nov. — H. DENNIG. Ipertens. art. e suo trattam. — H. ELBEL. Determinaz. dell'alcool sul sangue.

Paris Méd., 19 nov. — Med. sociale e med. legale.

Forze San., 15 nov. — G. VERROTTI. Sifil. congen. — A. CARELLI. Disturbi ment. nel puerperio.

Klin. Woch., 26 nov. — F. CHROMETZ e F. ERLEMANN. Diastasi del sangue. — W. STAHEL. Morbo di Sjörgren: cura avitaminosi A.

Presse Méd., 23 nov. — G. MOURIQUAND. Avitaminosi asintomatiche. — *Id.*, 26 nov. E. CODVELLA e al. Carenza oscura in acido ascorbico.

Deut. Med. Woch., 25 nov. — v. EULER. Problemi biochimici sul cancro.

Lancet, 26 nov. — F. G. HOBSON e D. H. MAC QUAIADE. Trattamento della meningite meningococcica con « M & B 693 ». — E. J. O'BRIEN e al. Trattam. della setticemia stafilococcica, id.

Rev. Méd. de la Suisse Rom., 25 nov. — E. URECH e H.-L. PACHE. Malattia del giovani porcari e influenze umane.

Gaz. d. Hôp., 23 nov. — E. GELMA. Minaccia di cataclismi sociali e psicopatie.

Pediatria, 1 nov. — G. SURÀNJE. Curabilità dell'ipotonia infant. — S. SANTYAN Y VELASCO. Allergia tubercolinica.

Riv. di Chir., ott. — L. IMPERATI. Sulla cosidetta allergia da catgut.

Deut. Med. Woch., 2 dic. — SIEBECK. Fatti organici, funzionali e neurotici nella diagn. e nella terapia. — NAUMANN. Tbc. ilàre.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 24 Aprile 1939 - XVII Num. 17

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI

Dall'Istituto di Farmacologia e dalla Clinica Tossicologica
DELLA R. UNIVERSITÀ DI FIRENZE
diretti dal prof. MARIO AIAZZI MANCINI.

Avvelenamento acuto da ipnotici barbiturici.

Considerazioni su 201 casi.

Dott. RODOLFO MARRI, assistente.

Lavori clinici, statistici, sperimentali sono andati sempre più accumulandosi, portando nuovi contributi alla conoscenza degli avvelenamenti da ipnotici derivati dalla malonilurea o acido barbiturico. Tuttavia ancora molti problemi di carattere profilattico, diagnostico e terapeutico attendono una ulteriore soluzione.

Abbiamo voluto portare un contributo clinico e statistico allo studio dell'avvelenamento acuto da ipnotici barbiturici raccogliendo in questa nota i reperti più salienti e le principali osservazioni attorno a 201 casi di barbiturismo acuto ricoverati nel periodo che va dal 1923 al 1937 nella nostra Clinica Tossicologica, sotto la direzione del prof. Coronedi e successivamente del prof. Aiazzi-Mancini.

Si tratta nella grandissima maggioranza di avvelenamenti a scopo suicida; solo in piccola parte di avvelenamenti accidentali o dovuti ad eccesso di dose da parte di sofferenti di insonnia o di epilettici.

La ragione per cui le sostanze ipnotiche vengono largamente usate come mezzo per tentare il suicidio deve evidentemente ricercarsi nel fatto che una morte priva di sofferenze, come quella che può sopraggiungere durante il sonno artificialmente procurato, presenta un certo fascino per il suicida.

Raccogliamo nel seguente schema i casi di avvelenamento acuto da ipnotici che sono stati ricoverati, distribuendoli secondo la frequenza da essi mostrata nei singoli anni. Ad eccezione di 2 casi, si tratta di avvelenamento per derivati barbiturici (fig. 1).

Appare quindi evidente come a partire dall'anno 1923 i detti casi siano andati crescendo in numero fino a raggiungere il massimo

nel 1932. Diminuiti negli anni successivi, hanno poi di nuovo raggiunto nel 1937 una cifra considerevole.

Complessivamente si tratta di 203 avvelenati, tra cui 87 maschi (43 %) e 116 femmine (57 %). I casi mortali sono stati 39, cioè il 19 %.

Ci sembra di un certo interesse far conoscere quali derivati dell' acido barbiturico sono stati responsabili dei casi da noi ricoverati. In ordine di frequenza essi sono così rappresentati: Veronal 137, Dial 14, Sedival 14, Luminal 11, Barbiturici non identificati 10, Somnifen 9, Allonal 2, Veramon 2, Sonno Lepetit 2.

mo abitualmente faceva uso dei farmaci suddetti. Inoltre è spesso impossibile dedurre dalla entità della sintomatologia la quantità di ipnotico assunta. Infatti non sempre la gravità dei sintomi è in proporzione alla dose tossica ingerita, potendosi spesso verificare anche a dosi relativamente non elevate il manifestarsi di uno stato comatoso. Devono perciò esser presi in considerazione nel determinismo dello stato di gravità, e quindi del giudizio prognostico, altri fattori sui quali ci intratterremo più sotto.

Tuttavia in genere la ingestione di 1-3 grammi di Veronal, o degli altri barbiturici a questo vicini per tossicità, determina una sin-

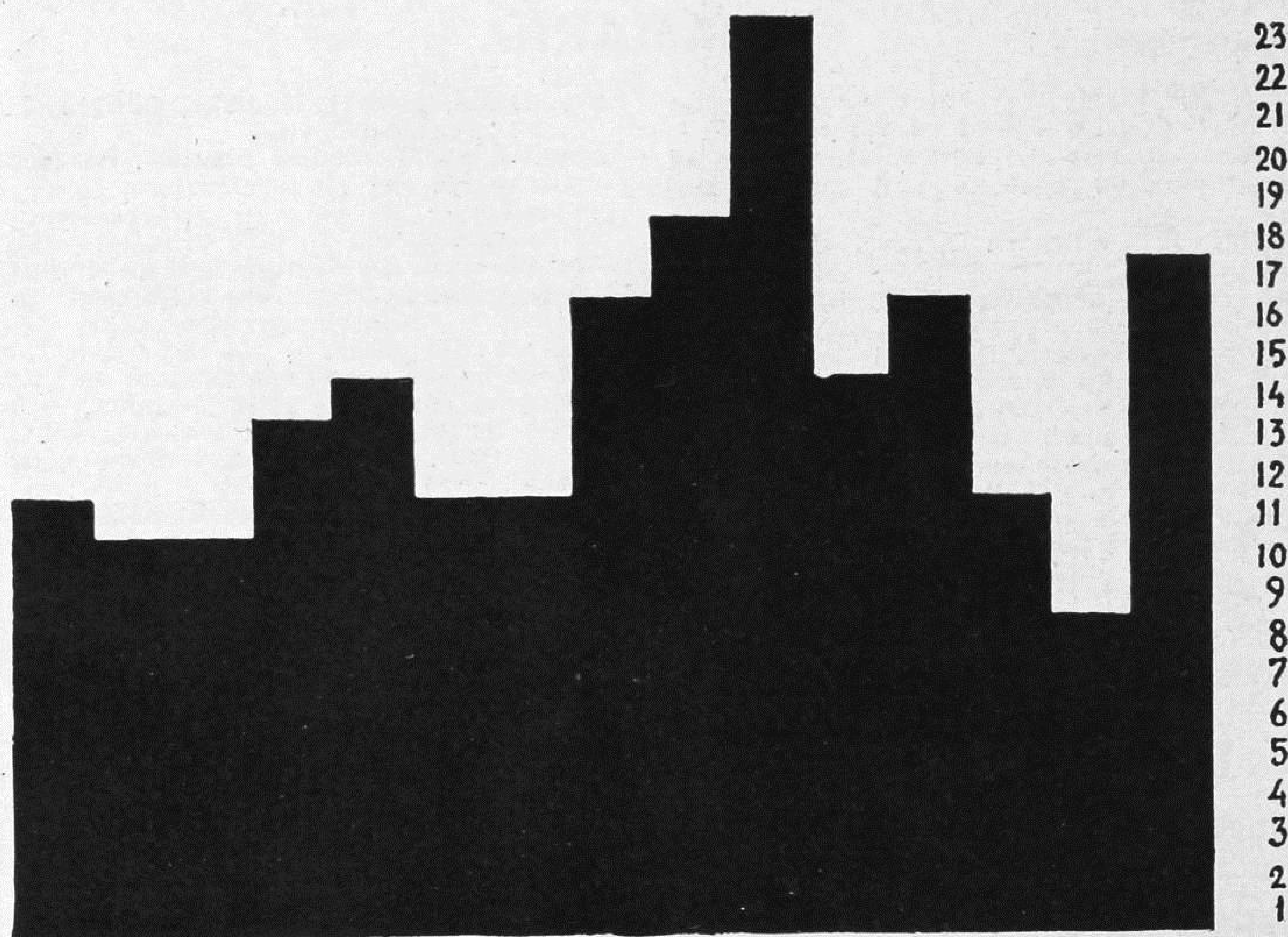


FIG. 1. — Avvelenamenti da ipnotici ricoverati negli anni 1923-1937.

Abbiamo inoltre avuto 2 casi di avvelenamenti da ipnotici non barbiturici (un caso da Sedormid e uno da Bromural).

Tutte le sostanze ipnotiche sopramenzionate appaiono distribuite nel seguente schema secondo la loro frequenza in rapporto ai singoli anni del periodo indicato (fig. 2).

Le quantità di ipnotico che sono state ingerite variano da 0,6 fino a 25 grammi. Molto spesso però non è dato di poter precisare la quantità di tossico assunta, sia per le scarse notizie anamnestiche, rilevabili in un primo tempo solo attraverso l'interrogatorio di persone coinviventi, sia per la impossibilità che dal prelievo di tubetti od altri recipienti di sostanze ipnotiche trovati vuoti presso l'abitazione dell'avvelenato, si risalga con sicurezza alla dose ingerita, in special modo se l'infer-

tomatologia piuttosto attenuata consistente essenzialmente in uno stato di torpore o di sonno molto simile a quello normale, senza alterazioni respiratorie e circolatorie nè turbe dei riflessi e della sensibilità. Sono questi perciò i casi più lievi ed aventi un breve decorso; per essi, data la rarità di complicazioni a carico dei vari organi, il prognostico è generalmente favorevole. In tutti i nostri casi infatti per una tale posologia si ebbe esito in guarigione.

Sono le dosi superiori, e specialmente quelle oltrepassanti i 5 grammi che molto spesso danno luogo ad una sintomatologia grave, caratterizzata da uno stato di coma più o meno profondo, in cui la perdita completa della coscienza, l'abolizione delle percezioni sensitive e sensoriali, le turbe a carico del respiro co-

stituiscono i sintomi fondamentali, accanto ai quali ve ne sono altri che pure meritano di essere analizzati.

Se studiamo il comportamento dei riflessi tendinei troviamo che essi sono notevolmente attenuati e molto spesso aboliti. Raramente essi possono conservarsi normali, nonostante il coma profondo.

spiegazione delle divergenti affermazioni dei vari autori circa il suo stato funzionale durante il coma barbiturico (Coronedi, Aiazzi-Mancini, Mascherpa, Risi, Lewin, Popper e tanti altri), ci autorizza a negare ad esso ogni importanza come sintomo differenziale, utilizzabile a scopo diagnostico. Semmai, per la discreta frequenza e la precocità con cui si

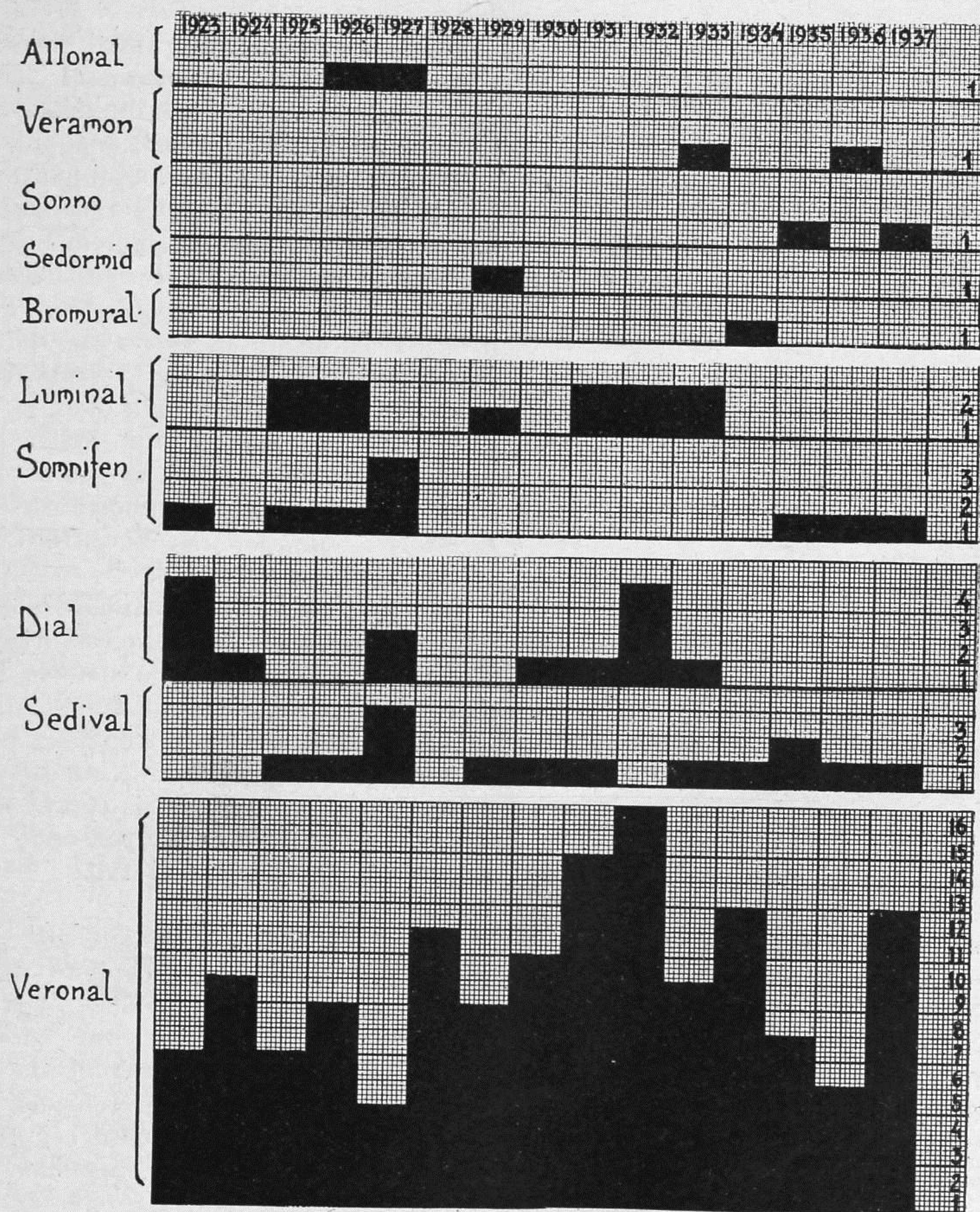


FIG. 2. — Ipnotici che sono stati causa di avvelenamenti negli anni 1923-1937.

Anche il riflesso corneale è in genere abolito o notevolmente attenuato.

La pupilla mostra, secondo le nostre osservazioni un comportamento assai vario: essa infatti può trovarsi midriatica, miotica o normale. Molto spesso ci è capitato di veder divenire miotica una pupilla che pochi minuti prima trovavasi notevolmente dilatata, o viceversa. In qualche caso abbiamo riscontrato un vero e proprio ippus. Questo comportamento così variabile dell'iride, mentre ci dà

può riscontrare, dovrebbe attribuirsi un certo valore alla suddetta alternanza di miosi e di midriasi.

Riguardo alle condizioni del circolo possiamo affermare di non aver notato, a carico del cuore, delle gravi alterazioni funzionali, anche quando lo stato comatoso si protraeva abbastanza a lungo. Solo nei casi ad esito fatale, specialmente se complicati con broncopolmonite, si notano assai frequentemente disturbi del ritmo e i segni di deficiente fun-

zionalità miocardica. Invece quasi costantemente ci è dato di osservare, nei casi gravi, un grado più o meno manifesto di vasodilatazione periferica, resa evidente da uno stato di cianosi del volto, del collo, delle estremità, ed una ipotensione arteriosa, la quale, mentre in un primo tempo è di modica entità perchè compensata dall'integrità funzionale del cuore, successivamente coll'aggravarsi della intossicazione può raggiungere valori molto bassi. Queste osservazioni cliniche trovano conferma non solo in quelle fatte dalla grande maggioranza degli autori (Coronedi, Lévy, Flandin, Mascherpa, ecc.), ma anche in numerosissime ricerche sperimentali: cito soltanto Gruber e Baskett, Vogt, Jacobj e Roemer, Tournade e Joltrain. Anche noi abbiamo in corso ricerche per confermare la importanza che la vasodilatazione periferica assume nel determinismo della ipotensione arteriosa che costantemente si osserva in seguito a somministrazioni di forti dosi di barbiturici negli animali da esperimento.

Se passiamo ad osservare il comportamento del sistema muscolare, notiamo che in mezzo alla completa ipotonia generale, possono comparire assai precocemente e con una certa frequenza dei fenomeni di ipertonia, specialmente a carico di certi gruppi muscolari (masseteri, muscoli degli arti, e della nuca). Su questi fatti di ipertonia, che hanno carattere transitorio e migrano da un gruppo di muscoli all'altro, Donatelli ha messo in evidenza l'eventuale importanza diagnostica. Negli anni 1936 e 1937, durante i quali questo sintomo fu costantemente ricercato in tutti i casi ricoverati, esso fu trovato presente nel 60 %.

Un fenomeno che abbiamo riscontrato con una grande frequenza è dato dalla ipertermia. Questa compare nelle prime 24-48 ore indipendentemente da complicazioni, ed ha una durata variabile a seconda della gravità del coma. Pur senza voler attribuire alla durata di questa ipertermia alcun significato prognostico, tuttavia è nozione accertata che mentre nei casi ad esito fatale essa si protrae elevata fino all'obito, in quelli ad andamento favorevole si attenua in genere man mano che il paziente dallo stato di coma si avvia verso la guarigione. Possiamo invece affermare che non sempre dal grado più o meno elevato della ipertermia si può avere un elemento per formulare un giudizio prognostico, poichè abbiamo spesso avuto occasione di osservare avvelenamenti di lieve entità ed esitati in guarigione, accompagnarsi con febbre sopra i 39°.

D'altra parte abbiamo potuto sempre constatare che allorquando il coma barbiturico si complica con fatti infiammatori broncopolmonari o polmonari, la temperatura raggiunge sempre gradi elevati e tale si mantiene fino all'esito che nella grande maggioranza dei casi è la morte.

Fra i varii autori (Rivet e Sambron, Jacquet e Delarue, Flandin, ecc.) non esiste accordo circa il significato da attribuire a questa così detta febbre barbiturica.

Tra le alterazioni funzionali provocate nell'organismo dagli avvelenamenti per barbiturici, quelle a carico della funzione respiratoria, come già abbiamo accennato, hanno senza dubbio una grandissima importanza clinica. Nelle intossicazioni di una certa gravità troviamo infatti quasi costantemente uno stato di dispnea più o meno accentuato; a volte si tratta di una semplice polipnea, altre volte invece si ha anche un'alterazione del ritmo respiratorio, così da potersi riscontrare in alcuni casi il ritmo di Kusmaul o quello di Cheyne-Stokes. Spessissimo inoltre il respiro diviene rantoloso, ed è evidente allora uno stato di ipersecrezione mucosa delle vie respiratorie, tale da poter costituire un serio ostacolo alla ventilazione.

Queste constatazioni cliniche sono pienamente confermate da numerose ricerche sperimentali, colle quali sono state messe in evidenza le modificazioni prodotte dalla generalità dei barbiturici sulla funzione respiratoria e dovute ad azione deprimente sui centri respiratori bulbari. Ben si comprende questa azione sui centri nervosi, pensando alla grande affinità neurotropa di tutti i derivati dell'acido barbiturico.

È qui il luogo di accennare alle complicanze polmonari che ci è capitato di osservare nel corso degli avvelenamenti. Dal punto di vista anatomo-patologico esse possono esser distinte in alterazioni parziali del polmone, tali le zone di atelectasia, i focolai emorragici, e quelli broncopneumonici e pneumonici (i quali possono anche invadere completamente uno o più lobi, di preferenza quelli inferiori), ed in alterazioni generalizzate, come i fatti congestizi diffusi e l'edema polmonare. Tutte queste complicazioni non presentano nè dal punto di vista anatomo patologico nè da quello semeiologico delle particolari caratteristiche differenziali; esse quindi possono esser messe in evidenza per mezzo dei comuni reperti semeiologici. Abbiamo già osservato che quando durante il coma sopraggiungono complicazioni polmonari o broncopolmonari, la temperatura è molto elevata e tale si mantiene fino alla risoluzione. Purtroppo però la guarigione non è l'esito più frequente di detti

processi. Nell'alta percentuale di mortalità, nel decorso rapido e particolarmente grave, nella resistenza ad ogni terapia possono trovarsi le principali caratteristiche differenziali dai comuni processi infiammatori del polmone.

Tra i nostri 39 casi ad esito letale, in 22 furono constatati clinicamente ed accertati all'autopsia focolai broncopolmonari, in 3 casi si ebbero polmoniti lobari, in altri 3 edema polmonare.

Tutt'altro che ben definita è la patogenesi della insorgenza di tali polmoniti e broncopolmoniti. Certamente è molto complessa e diversi fattori devono esser messi in causa. Tra questi possono senza dubbio avere una grande importanza i fatti di atelectasia polmonare, che sono così facili a riscontrarsi sia per la eventualità che le abbondanti mucosità riescono ad obliterare uno o più bronchi, sia per la prolungata degenza in decubito orizzontale. Pure le alterazioni funzionali respiratorie e circolatorie, già messe in evidenza possono rientrare nel meccanismo patogenetico in questione. In certi casi anche una lavanda gastrica intempestiva o una precoce somministrazione di liquidi per via orale, data la particolare condizione di assenza dei riflessi difensivi, hanno la capacità di determinare delle broncopolmoniti ab ingestis.

Ma senza dubbio la depressione prodotta dagli ipnotici sul sistema nervoso centrale, e quindi sull'azione trofica che questo esplica su tutti i tessuti dell'organismo, ci rende facilmente ragione del fatto che, essendo per tale ragione notevolmente diminuiti i poteri difensivi generali e locali dei tessuti stessi, si possano nel corso della intossicazione impiantare in seno ad essi dei processi infettivi. Questa interpretazione, confermata da Coronedi e Giarré con ricerche sperimentali e sulla quale già da tempo Niccolini e Aiazzi-Mancini richiamarono l'attenzione, ci fornisce una soddisfacente spiegazione dell'insorgenza di fatti broncopolmonari e polmonari in quei casi in cui gli altri meccanismi sopra accennati non possono esser chiamati in causa.

Questa stessa interpretazione ci dà anche ragione di quei fenomeni distrofici a carico della cute, che possono osservarsi durante l'intossicazione barbiturica. Molto dimostrativo il caso descritto nel nostro Istituto da Niccolini. Trattavasi di una donna, la quale dopo 6 giorni dall'ingestione di 3 grammi di Veronal mostrò abrasioni da falso decubito estese a tutta la regione sacrale, alla regione trocanterica, e simmetricamente ad ambedue gli arti inferiori. Queste alterazioni distrofiche cutanee durarono fino al risveglio, e precisamente quando non poterono più riscontrarsi nelle orine tracce alcune di Veronal.

Altre manifestazioni cutanee osservate nei nostri avvelenati sono rappresentate da eritemi di intensità e localizzazione variabile, da eruzioni a tipo scarlattiniforme e morbiliforme con quadri sovrapponibili ai veri esantemi e tali da mettere in imbarazzo diagnostico, da eruzioni bollose pemfigoidi caratterizzate da pochi ma grossi elementi che si risolvono con una larga desquamazione.

Possiamo in genere affermare che la comparsa di queste complicanze cutanee non mostra aver rapporto colla quantità di ipnotico ingerita, e non aggrava di per sè il prognostico dell'avvelenamento.

Numerose sono le teorie elaborate dai varii autori (Joltrain, Trémolières e Tardieu, Tzanck ecc.) per spiegare la patogenesi di queste forme eruttive cutanee: questo fatto sta da solo ad indicarci la poca sicurezza che per ora abbiamo sulla questione.

La rarità con cui abbiamo osservato delle complicazioni gravi a carico dei reni, ci è spiegata dalla scarsa affinità dei barbiturici per il tessuto renale, sopratutto tenendo conto del fatto che attraverso i reni si effettua la eliminazione del tossico e che questa eliminazione si compie con molta lentezza. Molto spesso invece è presente nelle orine una quantità maggiore o minore di albumina, accompagnata o no da cilindri, come espressione di qualche fatto degenerativo del parenchima renale. Anche anatomopatologicamente, mentre il reperto di una nefrite è piuttosto raro a verificarsi, con facilità si riscontrano fatti di iperemia e di degenerazione.

A carico del fegato non abbiamo mai osservato segni di alterazioni funzionali di una certa importanza quali ittero o subittero. Solo in alcuni casi abbiamo notato un aumento in volume dell'organo ed una urobilinuria più o meno evidente. Come reperto di autopsia si è riscontrato spesso epatomegalia, iperemia diffusa e fatti di degenerazione grassa.

Tra le alterazioni funzionali del sistema nervoso notammo con una certa frequenza quelle a carico della sensibilità (anestesia, iperestesie, parestesie variamente localizzate) e più raramente turbe della motilità (paresi del faciale e, in un caso, emiplegia). Abbiamo anche avuto occasione di osservare disartria. Dal punto di vista psichico, durante il risveglio e la convalescenza, si ha facile labilità del carattere con tendenza alla depressione o, più spesso all'eccitazione. Quest'ultima, accompagnata anche da agitazione motoria a volte

veramente impressionante può costituire una delle manifestazioni iniziali dell'avvelenamento.

A carico dell'occhio è stata lamentata diplopia, spesso associata a visione indistinta degli oggetti e qualche volta ad alterata visione dei colori. Si è osservato anche nistagmo.

Da notare che tutte queste turbe a carico del sistema nervoso hanno mostrato un carattere di transitorietà e si son sempre dileguate completamente in un periodo maggiore o minore di tempo.

Anatomopatologicamente come reperto macroscopico si è osservato con facilità iperemia dei centri nervosi.

PROGNOSI. — Abbiamo avuto occasione di ricordare più sopra come non sempre il giudizio prognostico di un avvelenamento da barbiturici si possa basare sulla dose ingerita, a parte il fatto che questa difficilmente può essere determinata con esattezza. Ci è capitato infatti di osservare casi a decorso molto grave ed anche ad esito letale con quantità relativamente piccole di tossico, e viceversa avvelenamenti di breve durata e ad esito favorevole con quantità elevate. Ma pur essendovi una tale possibilità, si può sicuramente affermare che per le alte dosi il prognostico deve esser in genere molto riservato.

Naturalmente oltre alla quantità altri fattori devono esser presi in considerazione. In primo luogo una maggiore o minore sensibilità verso il tossico, la quale molto spesso è in stretta dipendenza con lo stato funzionale di certi organi, quali fegato, reni, ecc.

La diversa tossicità dei vari barbiturici deve essere anche essa sufficientemente valutata. Sappiamo infatti che il Dial è maggiormente tossico del Luminal e che questo a sua volta supera in tossicità il Veronal. Tutto ciò appare evidente anche dalla nostra casistica.

Pure la distanza di tempo maggiore o minore fra l'assunzione dell'ipnotico e la messa in opera della terapia può avere un'importanza non trascurabile.

Vedemmo come i sintomi che rappresentino con sicurezza uno stato di gravità sono soprattutto le turbe a carico della funzione respiratoria e circolatoria. Un respiro gravemente dispnoico, stertoroso, un polso piccolo, frequente, ipoteso, aritmico, ci fanno presagire che con facilità l'esito dell'avvelenamento sarà infausto.

Tra le complicazioni già osservammo come quelle polmonari e broncopolmonari sono di gran lunga le più temibili e responsabili di una grande maggioranza di decessi; inutile perciò rimarcare quanto esse gravino sulla prognosi di un coma barbiturico.

TERAPIA. — Qualche parola ora sulla terapia dei nostri avvelenati e sui concetti che ci hanno diretto nel metterla in pratica.

Quando è stato possibile intervenire molto precocemente (entro le prime 2-3 ore) abbiamo sempre praticato la lavanda gastrica, allo scopo di allontanare la quantità di tossico che ancora si poteva trovare nello stomaco e sottrarla così all'assorbimento. Al di là di questo tempo questa pratica ci è parsa non solo inutile per il fatto che il contenuto gastrico è già del tutto passato nell'intestino, ma altresì dannosa, inquantochè, per la eventuale scomparsa dei riflessi laringei è possibile la penetrazione nelle vie respiratorie di liquidi di rigurgito, determinando la insorgenza di un processo broncopolmonare, già di per sè così facile a verificarsi.

Occorre però subito dire che raramente gli avvelenati vengono ricoverati a breve distanza dalla ingestione del tossico; nel maggior numero dei casi invece, essendo l'ipnotico ingerito verso sera, è solo al mattino, e a volte anche dopo un tempo maggiore, che, allarmati del mancato risveglio, i coinviventi dell'avvelenato sospettano l'accaduto e dispongono per l'invio in Ospedale.

In tutti i casi siamo soliti far praticare un abbondante clistere evacuativo.

Sempre allo scopo di facilitare la eliminazione del tossico, somministriamo frequentemente ipodermoclisi glucosate e cloruro sodiche.

Come terapia adiuvante usiamo con larghezza i comuni analettici e soprattutto la canfora. Per l'azione vasocostrittiva piuttosto duratura si sono praticate per un certo tempo iniezioni ipodermiche di efedrina, allo scopo di combattere la vasodilatazione periferica e la conseguente ipotensione arteriosa; d'altra parte la efedrina si rende utile anche per l'azione eccitante sui centri respiratori (Abbatecola).

Come terapia antidotica la stricnina rimane ancora un rimedio di elezione, sebbene i suoi effetti non siano sempre costanti e regolari. Noi preferiamo il trattamento stricnico con dosi frazionate e subentranti a quello con dosi massive (Faldi). Quest'ultimo, a parte il fatto che spesso può riuscire non del tutto innocuo, non mostra in effetto di dare risultati più vantaggiosi. Infatti dalle casistiche dei principali autori (vedi ad es. quelli citati da Carrière, Huriez, Willoquet) appare evidente esser possibili degli insuccessi malgrado una stricnoterapia intensa e massiva e viceversa dei successi con uso più moderato anche in intossicazioni gravi dovute ad ingestione di forti dosi di barbiturico. Senza con questo voler negare la ef-

ficacia del trattamento stricnico, vogliamo insistere sul fatto che anche questa terapia deve esser condotta non basandosi su semplici criteri numerici di rapporto fra dosi mortali di barbiturico e dosi mortali di stricnina, ma essenzialmente con criteri clinici. Occorre cioè aver sotto continua osservazione l'intossicato, e vigilare sempre la sua sensibilità sia di fronte al barbiturico ingerito che alla stricnina. Questa sensibilità organica, così variabile da individuo ad individuo, nel mentre ci dà spiegazione del diverso andamento della intossicazione nei varii soggetti rispetto alla quantità di tossico ed ai mezzi di cura usati, ci mette in avviso di esser molto cauti nel fare apprezzamenti e confronti sulla efficacia dei varii procedimenti terapeutici.

Possiamo affermare di aver ottenuto dei vantaggi apprezzabili sull'andamento dell'intossicazione dall'uso che abbiamo sistematicamente fatto in questi ultimi anni della Coramina e del Cardiazol per iniezioni ipodermiche e endovenose.

Un provvedimento che può avere una certa importanza nel prevenire fatti ipostatici polmonari consiste nel non lasciare l'avvelenato giacente sempre nella stessa posizione, ma alternare frequentemente il decubito dorsale con quelli laterali. D'altra parte si cercherà di tener libere il più possibile le vie respiratorie superiori, che con tanta facilità si rendono ingombre di muco, ricorrendo eventualmente alla aspirazione.

Sempre a scopo profilattico contro le complicazioni broncopolmonari si sono usate le inalazioni della miscela ossigeno-anidride carbonica, per impedire la rapida e progressiva deficienza a carico della ventilazione polmonare. Perchè questa pratica si dimostri efficace, deve essere applicata tempestivamente, senza attendere alcun segnale di allarme nei riguardi delle suddette complicanze, poichè quando queste sono già in atto la sua efficacia appare assai dubbia (Coronedi).

Non possiamo esprimerci nei confronti dell'uso terapeutico dell'alcool, nè di quello della picrotossina, non avendo esperienza personale in proposito.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver illustrato 201 casi per avvelenamento acuto da ipnotici barbiturici, ricoverati nella Clinica Tossicologica della R. U. di Firenze, si sofferma a considerare i principali reperti clinici e anatomo-patologici osservati, nonchè i criteri che hanno guidato nella soluzione del problema diagnostico, prognostico e terapeutico.

BIBLIOGRAFIA.

1. AIAZZI-MANCINI. Giorn. di Clin. Med., 5, 1923.
2. AIAZZI-MANCINI. Policlinico, 1926.
3. AIAZZI-MANCINI e DONATELLI. *L'Istituto di Tossicologia e la Clinica Tossicologica della R. Università nell'ultimo ventennio della sua attività.* Rossi, Firenze, 1937.
4. CARRIÈRE, HURIEZ, WILLOQUET. *Le Barbiturisme aigu.* Durant, Lille, 1934.
5. CORONEDI. *Diagnosi e terapia clinica degli avvelenamenti.* Barbera, 1926.
6. CORONEDI. Arch. di Scienze Biol., vol. 12, 1928.
7. CORONEDI. Boll. e Mem. della Soc. Tosco-Umbra di Chirurgia, 1 maggio 1935.
8. CORONEDI e GIARRÉ. Il Morgagni, 1898.
9. CORONEDI, GIARRÉ, BORRI e BIONDI. Sperimentale, 1897.
10. DONATELLI. Minerva Medica, 35, 1937.
11. FLANDIN, JOLY, CARLOTTI. Société Méd. des Hôp. 1547, 8 dicembre 1933.
12. FLANDIN, JOLY ecc.. Anesthésie et Analgésie, 2, 72, 1936.
13. GRUBER e BASKETT. Journ. of Pharm. a. exp. Therap., 25, 219, 1925.
14. JACQUET e DELARUE. Société Méd. des Hôp. 1213.
15. JACOBJ e RÖMER. Arch. f. Exp. Pathol. u. Pharm., B. 66, S. 241, 1911.
16. JOLTRAIN, citato da CARRIÈRE.
17. LÉVY. Anésthesie et Analgésie, 2, 177, 1936.
18. LEWIN. Gifte u. Vergift., Berlino, 1929.
19. MASCHERPA. *Tossicologia*, U.T.E.T. Torino, 1936.
20. NICCOLINI. Riforma Medica, 22, 1924.
21. POPPER. Samm. von Vergift., 4, 261, 1933.
22. RISI. *Veleni ed Avvelenamenti*, Idelson, Napoli, 1936.
23. RIVET e SAMBRON. Société Méd. des Hôp., 276, 20 febbraio 1935.
24. TOURNADE e JOLTRAIN. C. R. Soc. Biol. 119, 240, 1935.
25. VOGT. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm., 152, 341, 1930.

NOTA. — I protocolli con il consenso dell'autore, si annettono all'estratto.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Istituto « Carlo Forlanini »
Clinica Tisiologica della R. Università di Roma
Direttore: prof. E. Morelli.

Contributo clinico al trattamento dell'empiema acuto con il metodo Morelli.

Dott. Egidio Cutillo.

Nel maggio del 1919, in una comunicazione fatta alla Società Medico-Chirurgica di Pavia, il nostro maestro Morelli proponeva l'applicazione, nella cura degli empiemi comuni, di quegli stessi principi terapeutici che già aveva adottato con successo negli empiemi da ferite toracopolmonari, e presentava tre casi, che, così trattati, avevano raggiunto completa guarigione clinica in tempo relativamente breve con piena ripresa funzionale del polmone.

Il trattamento essenzialmente consiste nella istituzione di una breccia toracotomica che viene chiusa mediante una clessidra di gomma attraverso la quale passa il tubo di drenaggio. Per mezzo di questo è possibile praticare lo svuotamento del pus, il lavaggio della cavità pleurica, e, trattandosi di pio-pneumotorace chiuso, di produrre nella cavità pleurica una forte depressione che favorisce al massimo la riespansione del polmone e la elisione della cavità empiematica.

La clessidra è un sacchetto di gomma la cui forma ricorda il noto orologio a polvere, attraversato da parte a parte da un tubo di drenaggio attorno al quale è applicato a mo' di manicotto. Essa viene adattata al foro toracotomico in modo tale che la parte media, più stretta, resti fra due coste. Quando la clessidra viene insufflata attraverso un apposito tubicino di gomma, essa si applica a tenuta perfetta alle infrattuosità della ferita senza per altro provocare decubiti; in tal modo, il cavo pleurico resta comunicante con l'esterno solo attraverso il tubo di drenaggio. Mettendo questo in comunicazione con un sistema di bottiglie a dislivello, si creerà nel cavo pleurico una depressione stabile.

Il sistema di aspirazione è costituito da due bottiglie a perfetta tenuta, comunicanti fra di loro mediante un tubo di gomma. Una di esse, parzialmente ripiena di liquido, viene messa in comunicazione con il tubo di drenaggio, l'altra viene portata a un livello più basso. Il liquido della prima tenderà a passare nella seconda, lasciando un vuoto che servirà a creare una pressione negativa che sarà trasmessa integralmente al cavo pleurico.

I valori della detensione si possono graduare a volontà graduando opportunamente il dislivello delle bottiglie. Una terza bottiglia, annessa all'apparecchio, contenente il liquido di lavaggio (clorosol, soluzione fisiologica ecc.) comunica con il tubo di drenaggio attraverso un rubinetto a tre vie, il quale opportunamente manovrato, permetterà l'immissione del liquido di lavaggio nel cavo pleurico escludendo l'aspirazione delle due bottiglie, e il deflusso del liquido dal cavo pleurico alle bottiglie stesse con l'esclusione della terza.

Adottando tale tecnica, la guarigione suole essere rapida perchè la depressione endo-pleurica sollecita il polmone alla riespansione e alla elisione quindi della cavità empiematica, condizione questa essenziale alla guarigione. La cavità endopleurica ha di per sè scarsa tendenza ad elidersi, sia a causa della retrattilità polmonare, sia perchè il polmone suole essere coperto da spesse cotenne e pertanto scarsamente suscettibile di riespansione. Queste condizioni spiegano il perchè molti degli empiemi trattati con metodo della toracotomia semplice, durano così a lungo e guariscono solamente in seguito a retrazione parietale, attrazione del mediastino, innalzamento del diaframma, ecc.

Applicando invece il metodo Morelli della detensione attraverso la breccia chirurgica sollecitamente praticata, è il polmone che viene invitato a distendersi e ad occupare la cavità empiematica. La parete toracica non partecipa quindi alla elisione del cavo empiematico perchè la resistenza che essa oppone è notevolmente superiore al potere di dilatazione del polmone.

Poichè la guarigione avviene a polmone espanso anzichè a polmone retratto, si ridona all'organo tutta la sua funzione e si evita che esso diventi stenotico, scarsamente areato, in una condizione cioè che lo rende particolarmente adatto all'instaurarsi di ulteriori alterazioni.

Sarebbe superfluo aggiungere alla nostra già numerosa casistica la esposizione di un singolo caso se la esperienza quotidiana non ci mostrasse che il metodo non è ancora entrato nella mente dei medici pratici e nemmeno in quella della maggioranza dei chirurghi, ed è quindi esclusivamente allo scopo di richiamare l'attenzione dei colleghi ai quali più frequentemente di quanto non accada a noi tisiologi è dato di curare forme empiematiche acute al loro inizio, che io pubblico la osservazione seguente.

Il caso, riguarda una donna C. V. E. di anni 30, nella cui anamnesi remota non v'è altro di notevole che un intervento di appendicectomia praticato in seguito a febbricola persistente, sei mesi prima dell'episodio di cui dovremo occuparci. Dopo l'intervento la paziente fu apirettica.

L'8 aprile 1938 (era portatrice di una normale gravidanza di sei mesi) dopo lievi disturbi generali, cefalea, starnuti, parestesia alle fauci, fu colta da febbre altra (40°) e dolori violentissimi alla base dell'emitorace destro. Obbiettivamente si rilevò presenza di Herpes labiale e segni di versamento pleurico con limite superiore ad un dito sotto l'angolo della scapola. Il giorno successivo fu praticata puntura esplorativa che dette esito a pus denso, cremoso.

Il 10 aprile, persistendo febbre alta e dolori violentissimi alla base destra ed essendo comparsa tosse con espettorato e notevole dispnea, si procedette ad una pneumotoracentesi: furono estratti 1000 cc. di essudato purulento che furono in pari tempo sostituiti con 300 cc. di aria. La prova culturale del pus dimostrò la presenza di uno streptococco emolitico.

Dopo la pneumotoracentesi si ebbe caduta della febbre e miglioramento delle condizioni generali. Dopo 3 giorni si procedette di nuovo a pneumotoracentesi con lavaggio al Clorosol e furono estratti 1400 cc. di liquido pioide. La temperatura intanto si manteneva alla norma pur persistendo modica dispnea e dolori all'emitorace destro. Il 20 aprile fu di nuovo praticata pneumotoracentesi di 700 cc. di pus e lavaggio del cavo.

Il 24 aprile, dopo 16 giorni dall'inizio della malattia, fu eseguito intervento toracotomico (prof. Manfredo Ascoli) fra l'ascellare posteriore e media, resecando l'8ª costola per un tratto di 6 cm. Fu applicato l'apparecchio Morelli previa immissione dell'apposita clessidra nella ferita toracotomica. L'apparecchio fu messo subito in detensione (— 20 circa). Le condizioni generali migliorarono rapidamente la secrezione purulenta decrebbe e il giorno successivo si cominciò ad apprezzare murmure vescicolare normale lontano. Il giorno 26 la secrezione purulenta poteva considerarsi praticamente nulla, il polmone era quasi completamente espanso ed aderente alla parete, persistendo solo una piccola sacca pneumotoracica posteriore. Il 27 aprile fu eseguita la radiografia (n. 1). Il giorno 28, vale a dire dopo soli 4 giorni dall'intervento toracotomico, il miglioramento era notevole. Un esame radiografico praticato in tale giorno faceva rilevare una modica attrazione del mediastino, seno costo-diaframmatico parzialmente obliterato, campi polmonari di eguale trasparenza d'ambo i lati con assenza di segni di retrazione parietale e lievi segni di ispessimento pleurico. Persisteva solo un piccolo tramite fistoloso scarsamente secernente, residuo della ferita toracotomica.

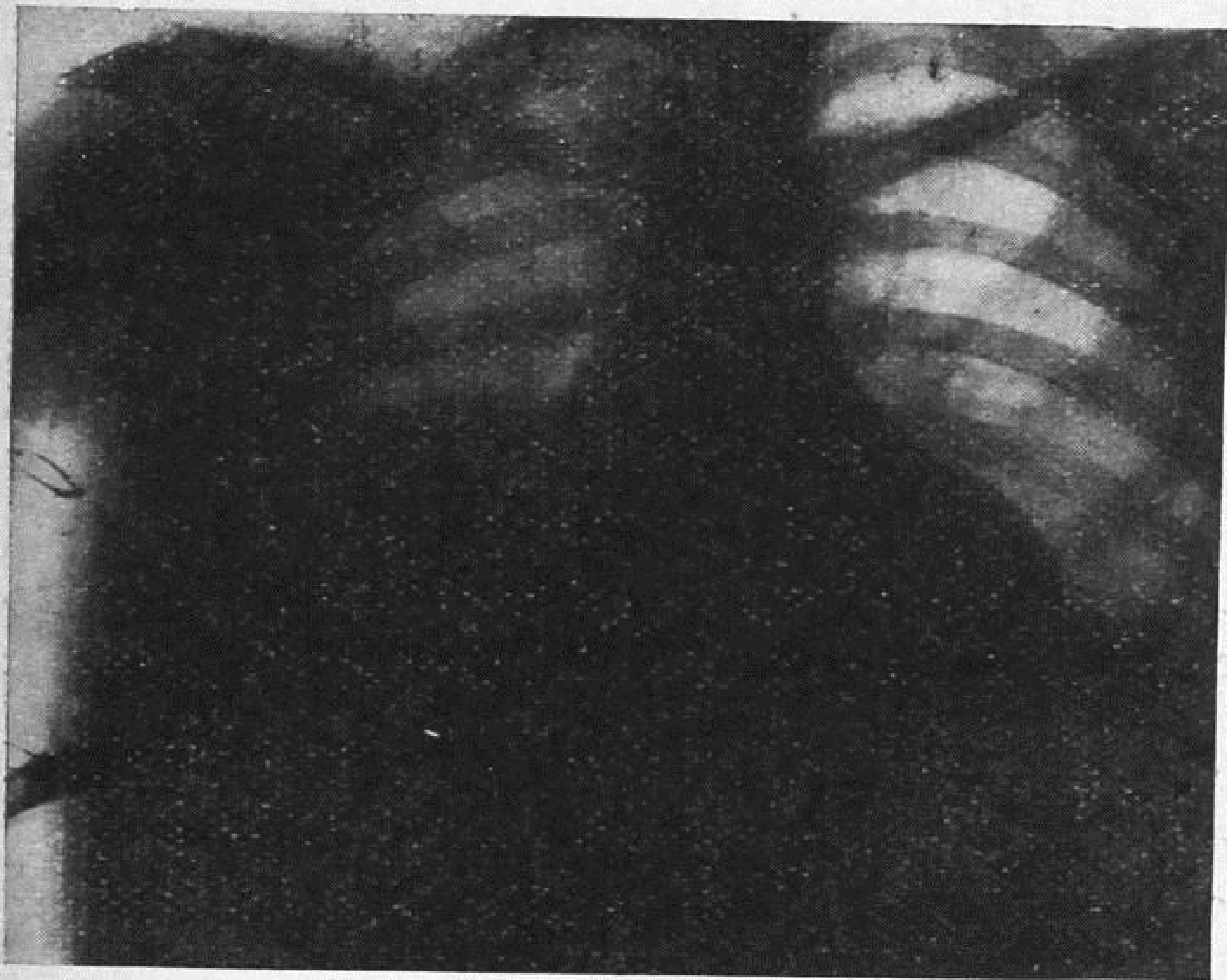


FIG. 1.

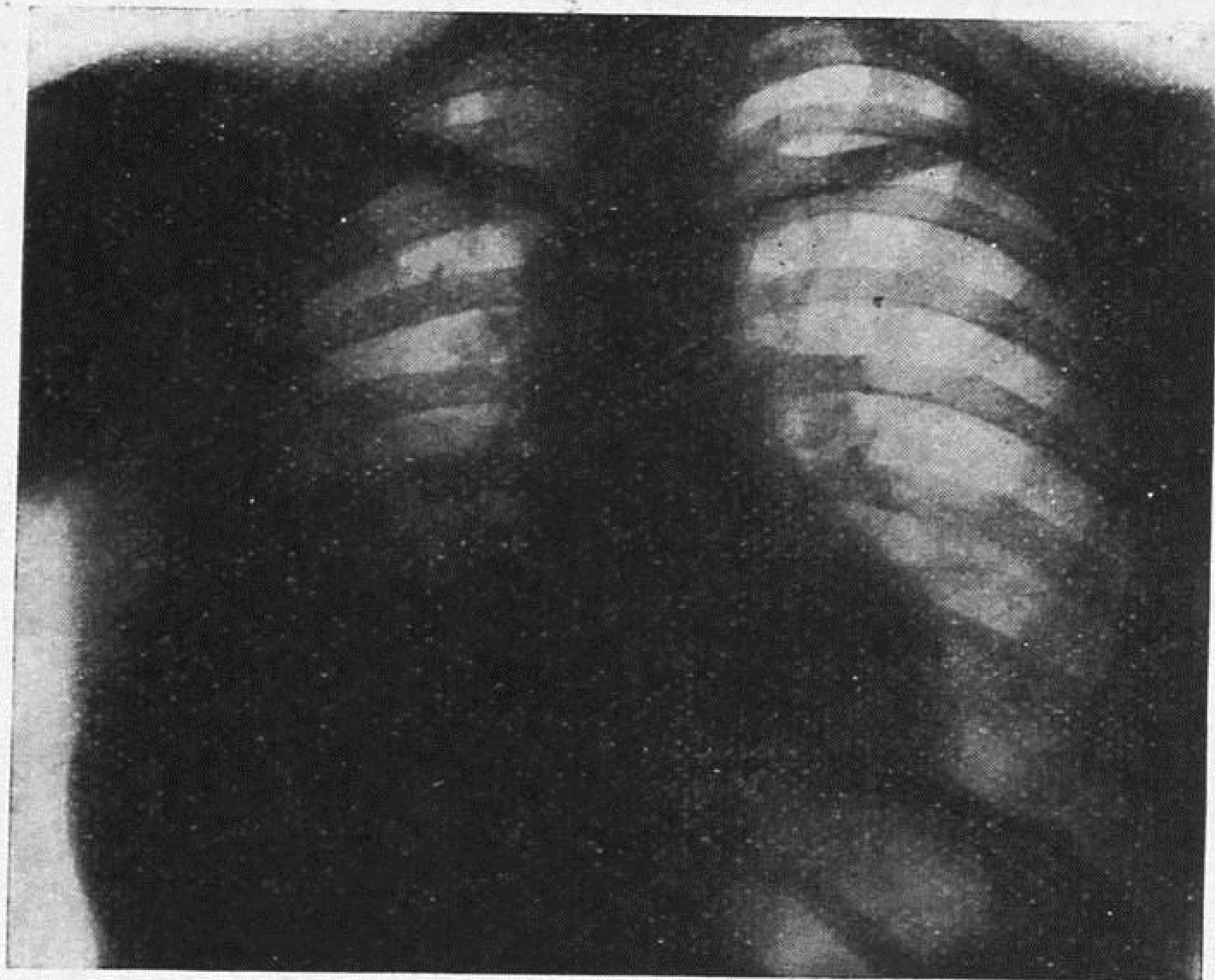


FIG. 2.

Il 12 maggio la paziente ebbe un parto normale di un feto prematuro che morì dopo poche ore. Il secondamento e il puerperio furono normali.

Un controllo radiografico eseguito il 4 giugno (n. 2) mostrava: persistenza della piccola saccoccia pneumotoracica posteriormente, quantunque sensibilmente impicciolita; il polmone espanso, di normale chiarezza in tutto l'abito, il seno costo-diaframmatico in parte obliterato, nessun segno di retrazione parietale, lieve attrazione mediastinica verso destra. Un ulteriore controllo clinico e radiologico eseguito il 6 ottobre dava il seguente risultato: condizioni generali floride; nessuna sintomatologia subiettiva.

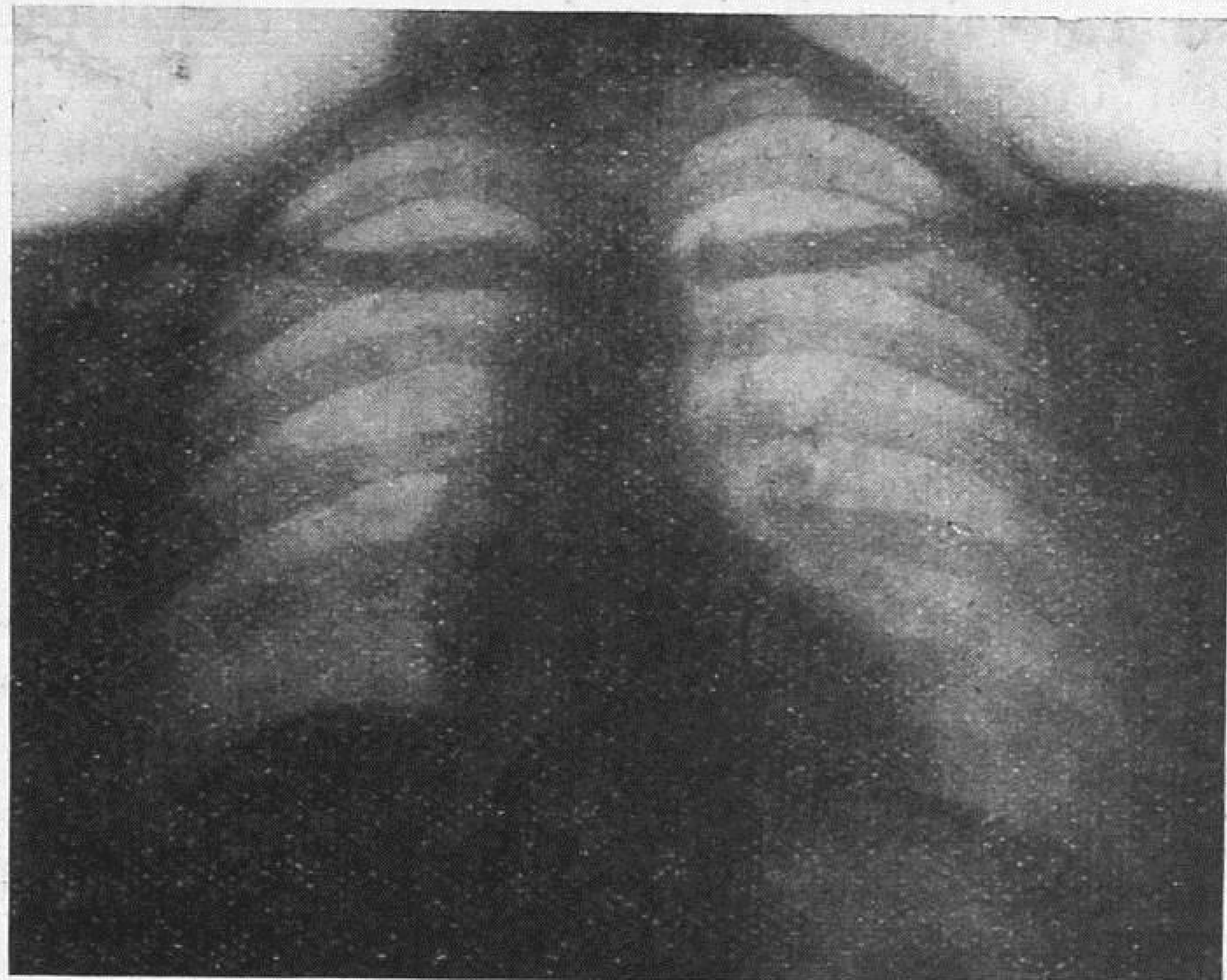


FIG. 3.

Obbiettivamente si metteva in evidenza una cicatrice lineare alla base dell'emitorace destro e-

*

stesa fra l'ascellare posteriore e media. Nessun segno vi era di asimmetrie toraciche statiche e dinamiche.

Radiograficamente si rilevava lievissima attrazione mediastinica verso destra, seno costo-diaframmatico parzialmente obliterato, campi polmonari di uguale trasparenza d'ambo i lati, assenza di ispessimenti pleurici e di retrazione parietale.

Concludendo, nel caso in esame, si tratta di un empiema comune, streptococcico, probabilmente post-influenzale.

Trattato per 14 giorni con pneumotoracentesi e lavaggi con risultati generali discreti, senza però nessun vantaggio locale, dopo 14 giorni si intervenne con toracotomia e si adottò il metodo Morelli della detensione. L'apparecchio rimase in sito 16 giorni. Si ottenne così, rapido miglioramento generale e locale. Infatti nel giorno successivo si cominciò ad apprezzare ripresa funzionale del polmone, che progressivamente rioccupava l'intero spazio pleurico in brevissimo tempo.

Considerando inoltre i risultati ottenuti, appare chiaro che l'adozione del metodo Morelli, la guarigione, oltre ad ottenersi più rapidamente, risponde in modo perfetto ai canoni fondamentali della fisiopatologia dell'apparato respiratorio. Tanto che senza dubbio di guarigione si può veramente parlare, mentre negli empiemi trattati con toracotomia aperta, si ottiene bensì la guarigione clinica, ma con alterazioni anatomiche e funzionali così imponenti, tali da giustificare l'appellativo di vera mutilazione anatomica e funzionale.

Debbo ancora ricordare come nelle indicazioni del metodo Morelli si debbano seguire dei concetti opposti a quelli che erano classici nelle toracotomie aperte. Infatti mentre in queste le difficoltà terapeutiche erano tanto maggiori quanto più ampia la cavità empiematica (cioè empiemi di recente costituzione senza aderenze), col metodo Morelli è invece indispensabile intervenire tempestivamente in modo da poter ottenere con la aspirazione la dilatazione più completa possibile del polmone prima che esso resti incarcerato e bloccato da cotenne ed aderenze. Con ciò non è detto che empiemi vecchi non possano essere trattati col metodo Morelli.

In tali casi però sarà opportuno far procedere dei lavaggi in compressione onde rompere le eventuali aderenze neoformate ed una volta liberato così il polmone dalle sue connessioni parietali, diaframmatiche e mediastiniche, procedere alla aspirazione.

RIASSUNTO.

L'A. tratta succintamente di un caso di empiema comune streptococcico trattato con toracotomia e detensione secondo il metodo Morelli.

Espone i vantaggi del metodo stesso e conclude affermando che esso costituisce la vera terapia degli empiemi comuni acuti.

BIBLIOGRAFIA.

MORELLI E. *La cura delle ferite del polmone.* Bologna, Ed. Cappelli, 1918.

ID. *Contributo alla cura dell'empiema.* Policlinico, vol. 25, M., 1918.

ID. *Sulla cura dell'empiema comune.* Boll. della Soc. Med. Chir. di Pavia, n. 1-2, 1919.

MEDICINA COLONIALE

Aspetti sociali del tracoma in Libia.

Dott. ELIO CICCHITTO.

Dirigente il Servizio di Medicina nella Poliambulanza Municipale di Bengasi.

La imponente diffusione del tracoma tra gli indigeni dell'Africa Settentrionale, costituisce un grave problema sociale. La sua gravità, nonostante le numerose disposizioni di carattere igienico-sanitario, la diuturna opera profilattica e curativa e gli studi intesi alla ricerca dell'agente eziologico, rimane sempre notevole. Il succedersi delle generazioni e degli eventi, l'indubbia evoluzione dei costumi, la distribuzione più uniforme della ricchezza e quindi il miglioramento nelle condizioni di vita dell'indigeno non hanno apportato, in questa endemia, un'apprezzabile attenuazione. Si deve ritenere per certo che, nella patogenesi di tale oftalmia, i fattori costituzionali e forse anche quelli etnici hanno la preponderanza. Questo potrebbe, forse, spiegare la diffusione del tracoma in Sicilia, dove le incursioni arabe stabilirono, nel corso dei secoli, influenze indubbie nel divenire di quelle popolazioni; influenze che le condizioni ambientali e climatiche, le quali, sotto molti rapporti, richiamano quelle delle coste mediterranee della vicina Africa, hanno reso più decisive nella evoluzione delle caratteristiche somatiche della popolazione autoctona dell'isola. Ove si voglia fare una comparazione quantitativa, risulta evidente che il tracoma trova in quest'ultima una notevole limitazione nei casi, la quale crediamo possa ritenersi in funzione dei successivi influssi etnici che, subentrati a quelli derivanti dalla dominazione araba, hanno apportato dei mutamenti nella costituzione tipica dei soggetti.

Nella Libia, nonostante le migrazioni proprie a quelle popolazioni, il tipo razziale non ha subito, con la successione dei dominatori, sensibili modificazioni essendo, nell'indigeno, cosa tradizionale e conforme alle leggi coraniche l'unione con donne della medesima schiatta e, molto spesso, della medesima « cabila », la quale costituisce un aggregato di uniforme omogeneità etnica.

È, forse, a causa del tenace persistere della conformazione costituzionale ed etnica del mussulmano che il tracoma non subisce attenuazioni sensibili nella sua diffusione tra le popolazioni della nostra Libia. I fattori igienici individuali e collettivi, le dimore improprie, l'alimentazione deficiente nell'apporto vitaminico e minerale, se pure sufficiente nelle altre frazioni costitutive, l'infanzia poco curata e male allevata, il fatalistico abbandono proprio alla immodificabile mentalità del mussulmano sono certo coefficienti che non consentono una efficace azione profilattica e terapeutica nel tracoma e che determinano la sua tenace persistenza in tutti gli strati sociali. Ed è a causa di tanto che il numero dei tracomatosi è sempre rilevante in Libia, dove, in alcuni agglomerati indigeni, si raggiungono cifre spettacolari (60-70 %). A tale proposito, è necessario subito rilevare che, prima della nostra occupazione, sia la Tripolitania che la Cirenaica segnavano, in rapporto a tale oftalmia, delle cifre di più eccezionale gravità.

Se pure i rilievi statistici non avevano, sotto la dominazione della « Sublime Porta », alcun carattere di attendibilità, si devono ritenere esatte le cifre che i nostri medici, i quali, già in quell'epoca, esercitavano nei centri maggiori della Libia, hanno riportato e che fanno ascendere, ad esempio, all'85 % circa il numero dei bambini dell'età scolare affetti da tracoma. Questo numero, nei più recenti e precisi rilievi statistici, appare ridotto, sia pure in misura non molto notevole, intorno al 60-65 %. Tale riduzione è frutto di un'opera di risanamento di gran lena operato dalla nostra autorità sanitaria, la quale ha impresso alla lotta contro il tracoma la decisiva azione di istituzioni apposite che vanno dagli ambulatori specializzati, con gratuite medicazioni e distribuzione di colliri, alle scuole per tracomatosi, dove questi vengono isolati per seguirvi le lezioni e per esservi sottoposti al trattamento terapeutico necessario. Non deve sorprendere la lentezza dei risultati che tutta questa vasta opera intrapresa ha finora apportato; il tracoma, malattia tipicamente cronica, non è facilmente influenzabile con i nostri presidi terapeutici e, quindi, la sua evoluzione si prolunga per anni, con alternative di fasi di riposo e di recrudescenza.

Un altro coefficiente, che attenua la efficacia dei provvedimenti intesi a limitare la diffusione di tale oftalmia, è costituito dalle cattive condizioni igieniche in cui vive l'indigeno. Il bimbo ignaro e l'adulto, non meno ignaro, offrono, con un impegno degno di miglior causa, con le loro palpebre purulente, un sicuro « pabulum » a nugoli di mosche, che loro si affollano intorno, richiamate dal pasto... succulento e dal fiducioso rispetto (!) di cui fruiscono. Le istillazioni dei colliri, la pulizia accurata dei fornici congiuntivali e tutti gli atti operativi, che negli ambulatori si fanno per ovviare ai postumi dell'infezione, non possono superare le conseguenze dell'assoluta indifferenza del mondo indigeno per l'acqua e il sapone.

Come molti altri problemi igienici in Colonia, anche questo del tracoma trova, nell'ostacolo alla diffusione della conveniente tenuta della persona, il più serio e difficile motivo alla sua risoluzione.

Non è per vuoto semplicismo che vogliamo ridurre all'acqua e al sapone i problemi più spinosi dell'igiene coloniale; convinti come siamo che il potere detersivo di questi due elementi costituisce un mezzo profilattico di prim'ordine in una infezione come il tracoma, che, attraverso la stretta di mano, ad esempio, (quelle mani che l'indigeno si compiace cacciare da per tutto) trova uno dei non ultimi coefficienti di diffusione. Vorremmo solo che, accanto al collirio, venisse posto un pezzo di sapone e non per immagine retorica.

Comunque, la lotta, che oggi è organizzata con spirito intelligente, saprà dare sicuramente frutti più decisivi nella successione delle generazioni, le quali, attraverso la nostra opera di civiltà, sapranno anche acquistare l'orgoglio di se stesso e il senso di una igiene di carattere meno fatalistico.

In riferimento alla quantità, proporzioni non meno imponenti vengono raggiunte in altri nuclei etnici residenti in Libia, ad esempio nella popolazione maltese, in alcuni strati della quale, per vero, le costumanze dell'indigeno hanno, nel lento svolgersi dei secoli, stabilito addentellati non metaforici, sì che la patologia propria dell'indigeno si ritrova, senza sensibili modificazioni, negli strati meno abbienti di questi gruppi di popolazione i quali se etnicamente vanno identificati nelle genti dell'Europa più meridionale, risentono nella conformazione psichica, nelle costuman-

ze, nella concezione della vita, l'influenza che la mentalità mussulmana ha diffuso sulle coste africane del Mediterraneo.

Tra gli israeliti della Libia, l'infezione tracomatosa ha una non minore intensa diffusione. I bambini dell'età scolare, che sono quelli che si prestano ad un più esatto rilievo statistico, segnavano a Bengasi, nell'anno 1925-26 per gli ebrei l'80 % di tracomatosi di fronte all'84 % segnato dagli Arabi. A cinque anni di distanza, le cifre si sono abbassate rispettivamente al 60 e al 69 % circa. Il notevole miglioramento è dovuto ai sagaci provvedimenti adottati dal Governo della Colonia che, nel predisporre i mezzi più efficienti di lotta, non ha posto limiti alla iniziativa degli organi sanitari. Questa, spesso, esaurisce le sue possibilità di estrinsecazione per fattori di carattere permanente inerenti ai particolari costumi e alle condizioni di vita delle popolazioni libiche. L'estrema contagiosità, che il tracoma ha nella fase secretiva, trova nel luridume delle abitazioni sempre estremamente affollate e quasi prive del ricambio di aria, nella indigenza spesso voluta e nella piatta abulia dell'indigeno per tutto ciò che riguarda la sua igiene, i mezzi più importanti di diffusione. Tutte le cause, poi, che in Colonia favoriscono l'insorgere di congiuntiviti, quali l'azione traumatica della sabbia, del sole, del caldo umido determinano, nei confronti del tracoma, lo stabilirsi di condizioni che, nelle primitive alterazioni della mucosa congiuntivale, trovano i fattori più efficienti per l'innesto del virus specifico.

Si vuole da qualche A. (Semizzi) che un regime dietetico ricco di sostanze piccanti ha la possibilità, per l'irritazione indotta nel tubo gastro-enterico, di produrre effetti irritativi anche sulla mucosa congiuntivale, sensibilizzandola all'infezione. È ben vero che i libici fanno un uso di piccanti. nella loro alimentazione, assolutamente intollerabile ai nostri palati; ma non sapremmo precisare come tale influenza possa estrinsecarsi a carico delle congiuntive. Ed è ben difficile definire tale influenza che ci appare molto problematica specialmente se si rileva che, pur non conoscendo con sicurezza l'agente eziologico del tracoma, si può sempre riferire al contagio la causa vera e prima dell'endemia tracomatosa, non escludendo tutti quei fattori concomitanti che abbiamo visto costantemente metter capo all'inesistente igiene. Che la nostra affermazione risponda ad esattezza si può desumere dall'ingente numero di tracomatosi che le armate napoleoniche ebbero in Egitto, da quello non meno ingente che ebbero gl'Inglesi dopo aver effettuato lo sbarco ad Aboukir e dalla diffusione che i reduci di queste campagne portarono dell'infezione nelle località di rimpatrio.

Il tracoma è stato, per qualche aspetto, ravvicinato alla tubercolosi, perchè, come questa, mancherebbe, secondo qualche A. (Semizzi) di preferenze climatiche, geografiche, etniche. Questa opinione non ci pare interamente rispondente alle osservazioni pratiche, quali ci ha permesso di fare una quotidiana e lunga osservazione dei malati.

Data la natura infettiva del tracoma, le sue preferenze etniche non possono essere molto spiccate nè possono mai determinare un carattere di recettività di assoluta decisione. Ma che il tracoma abbia potenzialmente un tropismo per alcuni aggruppamenti etnici, non può mettersi in dubbio.

Difatti, non si spiegherebbe altrimenti la sua localizzazione limitata a determinate popolazioni nelle quali coesistono, è ben vero, le altre cause predisponenti. Certamente, il fattore etnico, da solo, non è elemento sufficiente per costituire una sicura tendenza recettiva o meno; ma esso, unito agli altri coefficienti e da questi potenziato, forma una determinante sulla cui capacità di attrazione non possono sussistere dubbi. La razza negra, ad esempio, ha un potere biologico di refrattarietà al tracoma tale da superare tutte le altre cause predisponenti di cui essa è abbondantemente dotata. Del resto, la formazione etnica di un soggetto è anche in funzione dei caratteri climatici e geografici dell'ambiente in cui detto soggetto vive, i quali contribuiscono alla formazione della sua individualità morale e fisica che si ripete, con variazioni minime non sempre facilmente identificabili, nel suo raggruppamento etnico.

A dimostrare che al tracoma non sfuggono le attrazioni di carattere geografico, come non sfuggono quelle di carattere etnico e climatico, basta rilevare che l'Arabia, l'Egitto, la Libia, l'Algeria, il Marocco sono i paesi ove il tracoma ha caratteristiche assolutamente endemiche.

Presente in altri paesi, come nel Mezzogiorno d'Italia, in Ungheria, in Polonia, in Russia, esso non vi assume quella gravità che è acquisita tra i mussulmani.

Non crediamo, inoltre, che si possa seriamente dubitare delle preferenze climatiche del tracoma, poichè esso è certamente l'appannaggio dei paesi sub-tropicali. In un'altra nota (*Policlinico*, n. 25 del 20 giugno 1938) abbiamo avuto occasione di rilevare che in Libia, i centri abitati della costa, forse per l'aumentato grado igrometrico dell'aria, offrono le

forme più frequenti ed anche più gravi di tracoma. Ciò è probabilmente in rapporto alle più favorevoli condizioni di sviluppo dei piogeni che, innestatisi sulla mucosa dei fornici congiuntivali, accentuano la devastazione dell'organo visivo. Ci è sembrato anche che, nei centri dell'interno e in quelli del Gebel a clima più asciutto, il tracoma, pur incidendo ovunque intensamente sulla morbilità individuale e collettiva, assuma una evoluzione meno marcata e quindi più favorevole. Tropicalisti di chiara fama, come il Sarnelli, non condividono tale opinione. A noi, che abbiamo avuto occasione di conoscere buona parte della Tripolitania e della Cirenaica, è parso che il clima umido favorisca in modo decisivo la diffusione del tracoma più che non il clima secco. Già nel corso della campagna napoleonica in Egitto, il Larrey, che come medico fece parte della spedizione, rilevò per primo l'influenza deleteria che l'umidità esercitava nella evoluzione del tracoma e l'aumento che nella sua diffusione essa provocava. L'Angelucci ha confermato, con maggiore autorità, l'opinione del Larrey con la dimostrazione della più accentuata diffusione del tracoma nei paesi rivieraschi del Mediterraneo che non in quelli di montagna, dove, anche in condizioni igieniche negative, esso è estremamente raro.

Se tutte le età, tra gli indigeni libici, pagano il loro triste tributo a tale oftalmia, è certamente nell'età infantile che si rilevano, con maggiore frequenza, gli stadi più acuti e quindi secretivi del tracoma, con conseguente accresciuta possibilità di diffusione, data l'irrequietezza dei bambini, i quali, per la loro più facile mobilità e inconsapevolezza, diffondono il virus anche ai sani con le mani, gli oggetti, la biancheria, i recipienti per le abluzioni, ecc.

Negli adulti, portatori dei reliquati dell'infezione tracomatosa, non mancano le riacutizzazioni o le reinfezioni. Se le prime siano più frequenti nei mesi primaverili non sapremmo dire con sicurezza, avendo sempre avuto negli ambulatori una imponente affluenza di tracomatosi secernenti e non potendo perciò stabilire con esattezza una distinzione. È però certo che, in primavera, si ha un aumento del numero delle congiuntiviti così dette primaverili, le quali, nella maggioranza dei casi, stabiliscono il terreno propizio ad un eventuale innesto del virus tracomatoso.

Accanto ai fattori etnici, assumono, nella recettività di questa oftalmia, notevole influenza i fattori costituzionali. La diatesi linfatica è quella che, tra le cause predisponenti, ha un valore non trascurabile. Il linfatismo è, difatti, molto comune fra gli Arabi della Libia e certamente esso, come indice di depauperamento organico, facilita, in funzione di terreno biologico opportuno, la persistenza di questa malattia tra i libici.

Il Sanarelli ha voluto attribuire alla costituzione linfatica, più accentuata negli Arabi della Libia, la loro maggiore recettività al tracoma, nei confronti dei negri che, accanto alla quasi refrattarietà all'infezione, mostrano una conformazione costituzionale generalmente indenne da note di linfatismo. L'abito linfatico e tracoma sarebbero, dunque, tra loro in funzione direttamente proporzionale, dato anche il fatto che le condizioni, che formano il loro substrato, sono comuni ad ambedue e tutte si riferiscono alla estrema povertà biologica dell'indigeno, alla quale questi è stato portato dalla ignavia di governanti remoti e dai lunghi secoli di abbandono.

L'opera di risanamento che il Governo Generale della Libia ha, da tempo, intrapreso col restituire all'indigeno l'orgoglio della sua individualità e della sua razza e la forza della propria coscienza collettiva, hanno cancellato del tutto i residui delle varie dominazioni che si sono succedute in Libia. Gli ospedali, gli ordinamenti sanitari, gli ambulatori, i posti di medicazione che ormai portano l'opera del medico ovunque esistano aggregati indigeni, determineranno sicuramente, nel volgere di qualche generazione, un effettivo tangibile miglioramento nella limitazione di questa endemia.

Le attuali disposizioni sanitarie costituiscono il mezzo più idoneo per la lotta contro il tracoma ed esse, insieme alla recente attività politica, sono il fattore più energico per portare ad un superiore livello la struttura morale e fisica dell'indigeno. Le oscure conseguenze di una malattia che investe, per la entità della sua diffusione, questioni complesse di ordine sociale, non vengono ostacolate e risolte dalla sola somministrazione di agenti terapeutici.

Una eredità così triste come il tracoma assurge a problema politico e quindi morale oltre che igienico-sanitario; poichè molte cause di depauperamento di una razza trovano nella organizzazione o, più propriamente, nella disorganizzazione sociale i loro coefficienti primitivi e remoti. Ecco quindi, come la povertà fisica risale, nelle sue origini, a fattori di ordine politico e come il ripristino dell'equilibrio fisico di una collettività coinvolga un'azione politica di lunga lena e di complessa organizzazione.

Tale azione politica, per quanto si riferisce ai nostri libici, trova ispirazione formidabile

nelle superiori finalità di una colonizzazione la quale, nel lavoro immane di una terra ingrata, ricostruisce anche l'armonia di una struttura fisica collettiva e porta le tare organiche individuali ad annullarsi nel ripristino della propria antica nobiltà ed efficienza biologica. In Libia, l'opera di civiltà, che il Governo Generale svolge, ha posto i problemi della sanità pubblica sul piano di una totalitaria risoluzione ed ha avuto nel Maresciallo Balbo l'impulso vigoroso che caratterizza il suo istinto di colonizzatore.

Si ripete in questa terra d'Africa, che fu detta, ben a proposito, la quarta sponda, il ritorno di quella forza di attrazione che il nostro Paese determina per la sua millenaria civiltà, la quale, nel suo perenne rifiorire attraverso la successione di uomini di genio, ritrova l'ansia del suo divenire storico che sempre a Roma fa capo.

E Roma, nel volgere secolare degli eventi, ha sempre fatto il volto ai suoi dominati e la pelle ai suoi nemici.

RIASSUNTO.

L'A., nel riportarsi alla gravità che il tracoma assume tuttora in Libia, ne ricerca le cause che egli identifica nelle particolari condizioni di vita, nella deficiente igiene, nell'ambiente sociale e nella costituzione organica dell'indigeno.

Ammette e discute l'apporto che alla predisposizione a tale oftalmia è dato dal clima, dalle determinanti etniche, climatiche e geografiche e riferendosi all'opera di civiltà che l'Italia svolge in Libia ne ricerca i fattori politici, che, nella soluzione di annosi problemi sociali, contribuiscono alla ripresa fisica delle collettività indigene.

Riceviamo e pubblichiamo:

Il sottoscritto, in merito alla sua pubblicazione dal titolo « Considerazioni sul problema della trasfusione di sangue e descrizione di un apparecchio nuovo per la trasfusione di sangue puro », apparsa nel N. 25 del 20 Giugno 1938 di questo periodico, dichiara che il descritto apparecchio è stato costruito nelle Officine di precisione ELIOS VANTINI di Padova e che fu fatto uso di brevetti già ottenuti dalla stessa Ditta, alla quale rivolge il suo ringraziamento per la collaborazione ottenuta nella costruzione del suo apparecchio per la coagulazione del sangue e per i necessari rilievi fisici relativi al metodo per la misurazione della potenza respiratoria.

Padova, 4 Aprile 1939.

Dott. ALCIDE BAUCE.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

La dilatazione acuta dello stomaco.

(H. BAILEY. *British Medical Journal*, 4 marzo 1939).

La dilatazione acuta dello stomaco è una delle più importanti complicazioni post-operatorie. Per lo passato si ritenne che sopravvenisse sopra tutto in seguito agli interventi sulle vie biliari, oggi sembra più frequente dopo le prostatectomie, ma in effetti può capitare in conseguenza di qualsiasi atto chirurgico di un certo rilievo.

Il sintomo più imponente e caratteristico è costituito dal vomito di un'enorme quantità di liquido. Ma non mancano segni che consentono di fare la diagnosi prima di tale evenienza. I sintomi iniziali sono stereotipici. Il polso diventa frequente. L'infermo non ha l'aspetto di malato grave, non ha alcun dolore, ma avverte un senso di malessere indefinibile, talvolta ha nausee, spesso singhiozzi. L'urina diventa scarsa. L'ispezione dell'addome fa rilevare una sporgenza dell'ipocondrio e la scomparsa del solco immediatamente al di sotto del margine costale.

Il liquido vomitato ha odore acido e contiene di solito in sospensione particelle solide. È costituito da bile, succo pancreatico ed essenzialmente succo gastrico.

Alla necroscopia si trova che lo stomaco è enormemente dilatato e può raggiungere perfino la pelvi. La dilatazione si produce sopra tutto nel punto dove il duodeno incrocia la radice del mesentere. In un caso riferito da Baulmer la costrizione della radice del mesentere era così pronunziata da produrre una necrosi circolare della mucosa. Generalmente si ritiene che lo stomaco dilatato spingendo in basso l'intestino produce uno stiramento del mesentere donde lo strozzamento del duodeno. La dilatazione iniziale è stata attribuita ad uno shock vagale ed alla ingestione di aria. Ma ciò, in effetti, non è stato mai dimostrato. La causa iniziale della espansione della parete gastrica rimane ancora un mistero.

Il trattamento della dilatazione gastrica acuta deve tendere a svuotare lo stomaco ed a rifornire l'organismo di liquido.

Lo svuotamento si pratica mediante l'introduzione nello stomaco di una sonda all'estremità della quale si trova un grosso tubo con pompa aspirante. Il liquido aspirato deve essere misurato ed esaminato. Il paziente può bere a piacere ed il liquido introdotto deve essere immediatamente aspirato: si pratica così il lavaggio dello stomaco. L'aspirazione deve essere continuata anche quando il liquido è diventato completamente chiaro perchè la dilatazione può ripresentarsi. La sonda deve es-

sere mantenuta almeno per 36 ore dopo che lo stomaco ha riguadagnato il suo tono. Ciò si prova facendo bere al paziente acqua colorata con coccìniglia o indaco-carminio: se dopo un'ora e mezza si aspira acqua non colorata si può essere sicuri che la parete gastrica è ritornata normale. Si può allora levare la sonda e rialimentare l'ammalato.

Contemporaneamente allo svuotamento gastrico si pratica la fleboclisi lenta e continua con soluzione fisiologica. E si inietta sotto cute ogni quattro ore eserina.

Con questo procedimento il miglioramento è rapido e sicuro. Lo stato generale diventa buono e il polso si regolarizza.

DR.

Studi gastroscopici e loro valore nella diagnosi delle lesioni gastriche.

(FREEMAN. *J. A. M. A.*, 21 gennaio 1939).

L'A. ha condotto uno studio su 200 casi, comprendenti soggetti con disturbi funzionali gastrici, con lesioni organiche, gastriti, ulceri, cancro, emorragie, ed esiti post-operatori di gastrectomia o gastroenterostomia. Ha voluto con ciò osservare quale è il valore che la gastroscopia può avere nella diagnosi delle malattie gastriche. Dopo aver accennato ad alcune particolarità gastroscopiche dello stomaco normale da conoscersi bene per poter poi rilevare i dati patologici (contrazioni ritmiche del piloro a digiuno, colorito della mucosa a digiuno o durante la digestione), e dopo aver ricordato alcune particolarità di tecnica gastroscopica, passa a descrivere i reperti nelle varie forme morbose: *gastriti croniche*, di cui è nota l'importanza nell'anemia perniciosa, nell'ulcera gastrica, nel carcinoma, gastriti distinte in ipertrofiche, atrofiche e superficiali nelle quali segno importante è la presenza di muco tenacemente aderente alle pareti.

Nell'*ulcera gastrica*, della piccola o grande curva, della parete anteriore o posteriore, con la gastroscopia si possono rilevare l'aspetto tipico, i bordi, e si può inoltre vedere l'ulcera superficiale che talora può sfuggire all'esame radiologico, e si può seguire i risultati della cura medica.

Nel carcinoma gastrico la gastroscopia darebbe buoni risultati specialmente nelle fasi iniziali del male, prima ancora dell'esame radiologico.

Utili reperti può dare anche nelle emorragie gastriche e negli esiti post-operatori (gastroenterostomia) mostrando per es. se esista un'ulcera marginale o digiunale o se esista una gastrite cronica concomitante. L'A. benchè apprezzi molto i risultati della gastroscopia afferma che questi devono andare uniti a quelli degli altri esami gastrici (succo gastrico, esame radiologico).

CORELLI.

I disturbi gastrointestinali nelle affezioni cerebrali.

(H. GAUSS. *Journal American Medical Association*, 25 febbraio 1939).

I disturbi gastro-intestinali possono dipendere da affezioni lontane dal tubo digerente non escluse quelle del cervello.

L'addome è stato giustamente chiamato il barometro o il portavoce dell'organismo. Ogni disturbo addominale deve sempre far pensare ad affezioni non localizzate all'apparato digerente. La stessa violenza del dolore non costituisce al riguardo un criterio discriminante. Valga ad esempio ricordare che le malattie delle coronarie possono dare fortissimi dolori riferiti all'addome. Ed è comune il fatto che si possono riscontrare disturbi gastro-intestinali in malattie degli organi pelvici, dei reni, dell'apparato circolatorio ed anche della sfera psichica.

L'esperienza clinica, raccolta in un'abbondante letteratura, dimostra che alcune affezioni del cervello (i tumori ed altre alterazioni intracraniche, la sifilide, l'epilessia, l'emicrania) possono provocare disturbi dell'apparato digerente classificabili in tre gruppi: 1) sindrome dispepsica con nausea, vomito e dolori addominali; 2) crisi parossistiche; 3) sindrome di ulcera peptica ed altre erosioni della parte superiore dell'intestino.

La sindrome dispeptica, intesa in largo senso, può verificarsi nei tumori cerebrali ed in altre affezioni che provocano ipertensione intracranica. È caratterizzato da dolore addominale, nausea, vomito, perdita dell'appetito, fame morbosa, appetito capriccioso, disgusti per alcuni cibi.

Nella fase iniziale dei tumori cerebrali si può avere una sindrome analoga a quella della dispepsia cistifellica o dell'allergia alimentare: si possono avere sofferenze addominali aggravate dall'ingestione di alimenti fritti, uova, carne affumicata, caffè.

La nausea ed il vomito sono i più comuni e devono sempre far pensare a lesioni intracraniche.

Nelle stesse affezioni l'appetito può essere aumentato, diminuito o capriccioso. Spiller ha riferito un caso di glioma del ponte, nel quale il sintoma più rilevante era costituito da una fame intensa.

In alcuni casi si hanno sofferenze addominali, sopra tutto senso di malessere all'epigastrio, dolore nel quadrante superiore destro, crampi diffusi o un dolore ottuso alla regione ombelicale. Queste sofferenze sono di solito ricorrenti ma possono essere costanti e non avere alcuna relazione con il ritmo gastrico.

Wechsler, Watts e Fulton ritengono che tutte queste sofferenze siano in rapporto ad irritazione della corteccia premotoria, dell'ipo-

talamo e del centro del vago, ma che il dolore sia in rapporto ad irritazione dei centri inferiori.

I disturbi parossistici si verificano nell'epilessia, nell'emicrania e nella sifilide.

Nell'epilessia gli attacchi addominali possono verificarsi durante l'aura, dopo la convulsione o come equivalente della convulsione. L'aura gastrointestinale è frequente: si hanno sofferenze epigastriche come senso doloroso di bruciore, talvolta irrequietezza peristaltica, nausea, vomito, crampi, salivazione, secchezza della bocca, sete intensa e urgente bisogno di defecare. Durante la convulsione si può avere defecazione involontaria. Come equivalenti addominali delle convulsioni si possono avere dolori ed altri disordini. Sembra che tutti questi fatti siano in rapporto ad eccitazione di un centro del sistema autonomo esistente nella corteccia cerebrale.

Nell'emicrania, oltre la nausea ed il vomito degli accessi ordinari, si possono avere disturbi isolati dell'apparato digerente che costituiscono veri equivalenti dell'attacco di cefalea. Il dolore addominale può essere così acuto e nettamente localizzato da simulare affezioni chirurgiche. Al riguardo è a rilevare che molti interventi sono stati praticati inutilmente in occasione di tali accessi. L'emicrania è stata considerata come l'espressione di transitorie alterazioni cerebrali indotte da una crisi allergica, ed il dolore addominale sarebbe pure esso dipendente da alterazioni localizzate del cervello.

Nella neurosifilide si ha la crisi gastrica, ossia il disturbo addominale di origine cerebrale più imponente e meglio conosciuto. Il dolore improvviso nella parte superiore dell'addome può diventare atroce, s'irradia in tutte le direzioni ed è accompagnato da nausea, vomito e grave prostrazione. L'attacco può durare da qualche ora a giorni e scompare, come è comparso, improvvisamente.

Cushing sostiene che vi sia una stretta relazione tra tumori cerebrali, ulcera peptica ed altre erosioni della parte superiore dell'intestino, affermando così la teoria neurogenica dell'ulcera peptica. Quale che sia l'opinione che si possa avere su tale ipotesi è certo che nei tumori dell'ipotalamo o delle sue vie si hanno spesso emorragie, ulceri e perforazioni della parte superiore dell'intestino. Gli stessi fatti si possono provocare sperimentalmente mediante lesioni del diencefalo.

Tutto sommato sembra che nella corteccia cerebrale esistano centri del sistema autonomo con funzione eccitante e inibitoria con fibre che si collegano all'ipotalamo, al nucleo rosso, alla substantia nigra e al vago. L'irritazione di queste vie produrrebbe i disturbi intestinali che si verificano nel corso di affezioni cerebrali.

In ogni caso tali disturbi possono dare qualche orientamento diagnostico solo nel senso di far sospettare una lesione intracranica, ma non possono essere sfruttati per la diagnosi di sede perchè, qualunque ne possa essere l'origine superiore, essi sono sempre prodotti da un'eccitazione di centri inferiori.

La diagnosi differenziale tra affezioni gastrointestinali e sintomi addominali prodotti da malattie cerebrali ha una notevole importanza ai fini terapeutici. Essa si basa sull'anamnesi circostanziata, su un esame clinico accurato sopra tutto neurologico e sull'esame radiologico. DR.

CUORE E CIRCOLAZIONE.

Diagnosi differenziale dei soffi cardiaci.

(D. PAZZANESE e L. MENDONÇA DE BARROS. *Rev. clin. S. Paulo*, vol. III, n. 6).

L'A. ritiene utile esaminare i soffi cardiaci mettendoli in rapporto con gli altri metodi più moderni di ricerca, specialmente la radiografia e l'elettrocardiografia.

I. *Soffi sistolici*: A) alla punta.

1) *Insufficienza mitralica organica*. Generalmente più udibile alla punta, propagantesi in tutte le direzioni di tonalità varia; aumenta d'intensità con lo sforzo. La natura organica si riconosce: *a*) con i raggi X, per la dilatazione dell'orecchietta sinistra, tanto maggiore quanto più grave è il caso; *b*) elettrocardiogramma: rara la fibrillazione auricolare, non vi è preponderanza ventricolare destra; QRS di breve durata e di piccola ampiezza; intaccatura di P lieve od assente; *c*) antecedenti: un'anamnesi sicura di reumatismo rende probabile l'origine organica; in alcuni casi il reumatismo può essere comprovato dall'aumentata velocità di sedimentazione, leucocitosi con deviazione a sinistra, ecc.

2) *Insufficienza mitrale funzionale*. Si produce spesso nelle grandi dilatazioni del ventricolo sinistro. Si può sospettare la genesi funzionale quando esistano manifestazioni di insufficienza miocardica (segni di scompenso ed elettrocardiografici di compromissione miocardica).

3) *Altre condizioni*. Il soffio sistolico alla punta può manifestarsi in affezioni che aumentano la velocità del sangue (anemia, basedowismo, astenia neurocircolatoria) ed in individui in cui la contrazione cardiaca produce un energico movimento dell'aria nei polmoni (il soffio generalmente scompare nell'inspirazione profonda).

B) *Soffi sistolici alla tricuspide*. Sono rarissime le lesioni isolate della tricuspide, accompagnate per lo più da lesioni della mitrale. L'insufficienza della tricuspide può essere organica o funzionale. In entrambi i casi si ha: soffio per lo più propagantesi verso destra; polso venoso positivo, con onde *c* e *v*, che si fondono in una grande onda sistolica; polso epatico sistolico; grande dilatazione del cuore

destro (ai raggi X) specialmente dell'orecchietta; grande deviazione dell'elettrocardiogramma verso destra.

C) *Soffi sistolici del focolaio aortico.*

1) *Stenosi aortica.* Per la diagnosi di questa lesione, il soffio deve essere accompagnato da fremito sistolico, polso piccolo, tardo (a spianata); ai raggi X, notevole ipertrofia del ventricolo sinistro; al chimogramma, denti aortici arrotondati, elettrocardiogramma deviato a sinistra. Come segni clinici: dolori anginosi, tendenza a vertigini e sincopi, bradicardia, pressione diastolica e sistolica convergenti.

2) *Insufficienza aortica.* Spesso accompagnata da soffio sistolico, anche senza stenosi aortica. L'eventuale concomitanza di quest'ultima si diagnostica tenendo presente che essa è generalmente di origine reumatica, più raramente ipertensiva, mai sifilitica, come invece lo è l'insufficienza.

3) *Dilatazione aortica* (da mesarterite sifilitica, ateromatosi, aneurisma). Il secondo tono è di timbro metallico (differenza dalla stenosi, in cui è rude), la radiografia mostra l'alterazione del vaso.

4) *Stenosi dell'istmo aortico.* Soffio udibile sulle coste, talora accompagnato da fremito o da soffio diastolico. Pulsazioni anormali delle arterie costali, con usura del margine inferiore, visibile ai raggi X. Differenza di pressione fra gli arti superiori ed inferiori. Ai raggi X, aorta ascendente prominente. All'elettrocardiogramma, deviazione verso sinistra, con alterazioni di T in I e II derivazione.

D) *Soffi sistolici al focolaio polmonare.*

1) *Stenosi polmonare.* Generalmente congenita, si presenta con: soffio rude che copre il I tono, ma udibile nel II spazio intercostale sinistro; fremito sistolico; II tono polmonare debole od assente; elettrocardiogramma deviato verso destra con modificazioni di T in II e III derivazione; ai raggi X, dilatazione del ventricolo destro e talora anche dell'arteria polmonare; clinicamente, cianosi, dita ippocratiche, policitemia, ecc.

2) *Dilatazione della polmonare* (nella stenosi mitrale ed affezioni croniche polmonari). Si differenzia dalla stenosi per i caratteri del II tono, essendo invece rinforzato e per le lesioni causali.

3) *Insufficienza mitrale.*

II. *Soffi diastolici*: A) alla punta.

1) *Stenosi mitrale.* Soffio generalmente limitato ad una piccola zona, senza propagazione: più udibile in posizione supina, specialmente laterale sinistra; timbro a raspa, con tonalità bassa (meglio ascoltato dopo uno sforzo); si inizia forte sul II tono e va decrescendo in un soffio presistolico; alla punta, I tono rinforzato, rinforzo del II alla polmonare. Alla palpazione, fremito diastolico, urto della punta rapido, secco, breve; polso piccolo.

Come segni clinici, frequente la fibrillazione, storia di reumatismo. Ai raggi X, dilatazione dell'orecchietta sinistra. Sull'elettrocardiogramma, deviazione a destra, allargamento od altre anomalie di P; la preponderanza sinistra esclude la stenosi mitrale pura. Nel flebogramma, onda *a* ampia, collasso sistolico prematuro.

B) *Alla tricuspide.* Il più spesso, il soffio è di origine aortica, meno frequentemente mitrale, eccezionalmente stenosi della tricuspide, lesione rara e di difficile diagnosi per la mancanza di segni positivi: la si può presumere quando vi siano: enorme aumento dell'orecchietta destra, fegato molto grande e pulsatile nello stato di scompenso, edemi ed ascite, lieve itterizia o cianosi, grande onda *a* nel flebogramma e polso presistolico; il soffio è analogo a quello della stenosi mitrale.

C) *Alla base.* Si sente nell'insufficienza aortica o polmonare, la prima frequente, la seconda eccezionale.

1) *Insufficienza aortica.* Soffio a getto di vapore, con tonalità elevata, iniziantesi al II tono ed esteso a quasi tutta la diastole; meglio udibile in stazione eretta; talora accompagnato da soffio presistolico alla punta. Alla palpazione: raro il fremito diastolico, urto della punta ampio ed energico. Notevole aumento della pressione differenziale, che dà il polso di Corrigan. All'elettrocardiogramma, deviazione verso sinistra. Ai raggi X, aumento del ventricolo sinistro; il chimogramma rivela al ventricolo sinistro movimenti piccoli alla punta e grandi alla base, dentellature all'aorta.

L'associazione della stenosi mitrale sarà sospettata ai segni seguenti: storia di reumatismo, malgrado un soffio aortico indiscutibile, assenza di segni periferici di insufficienza aortica, presenza di fremito diastolico e di fibrillazione auricolare. Nell'elettrocardiogramma, anomalie di P (grande durata ed ampiezza, dentellature).

2) *Insufficienza della polmonare.* Nella forma organica, caratteri analoghi a quelli dell'insufficienza aortica da cui si differenzia per i segni periferici che individualizzano bene quest'ultima, la radioscopia, l'elettrocardiogramma (deviazione a destra). L'insufficienza funzionale si riscontra nell'arteriosclerosi polmonare, stenosi mitrale e affezioni polmonari croniche, con produzione di ipertensione nel piccolo circolo. Nel caso di stenosi mitrale, si può presentare il quesito diagnostico se si tratti di associazione con insufficienza aortica; decisiva per quest'ultima è la deviazione dell'elettrocardiogramma a sinistra con QRS molto ampio e prolungato.

III. *Soffi su altre localizzazioni.*

1) *Comunicazione interventricolare.* Soffio olosistolico intenso, che copre i due toni, udibile nel 3°-4° spazio sinistro con propagazione trasversale, accompagnato da fremito. Immagine radiografica cardiaca normale, elettrocar-

**

diogramma generalmente normale. La cianosi compare quando per qualche causa s'inverte il senso della corrente sanguigna.

2) *Comunicazione interauricolare.* Di diagnosi difficile, può essere sospettata in presenza di un soffio sistolico o presistolico di base, con o senza fremito. non esplicabile altrimenti. Accompagnato da accentuazione dei toni, embolie paradosse (a punto di partenza venoso, nel cervello, reni, ecc.); nell'elettrocardiogramma, segni di ipertrofia auricolare e lieve deviazione a destra. Frequente l'associazione con stenosi mitrale.

3) *Persistenza del canale arterioso.* Soffio continuo, accentuantesi alla fine della sistole, localizzato nel 2°-3° spazio sinistro ed udibile alla linea interscapolare sinistra. Fremito sistolico nell'area polmonare. Ai raggi X, notevole preminenza del cono polmonare. Elettrocardiogramma normale. Il tono polmonare rinforzato, segno importante per la diagnosi con la stenosi polmonare. In contrasto con i segni fisici, quasi mancante la cianosi, non disturbi subbiettivi ed il paziente conduce una vita praticamente normale. Soltanto, la lesione può facilitare lo sviluppo di endocardite maligna. *fil.*

Fibrillazione auricolare e tiroide.

(SCHLESINGER E. G. *British Medical Journal*, 14 gennaio 1939).

Tra le cause più comuni di fibrillazione auricolare la tireotossicosi occupa il quarto posto, il primo essendo occupato dalla malattia reumatica del cuore, il secondo dalla degenerazione del miocardio e il terzo dalla ipertensione.

Nei casi di tireotossicosi però è quasi sempre possibile ripristinare il ritmo normale ed evitare che la fibrillazione si ripeta, mentre negli altri casi la prognosi è meno favorevole. Perciò, di fronte ad una fibrillazione di origine tireotossica una diagnosi corretta e un adatto trattamento hanno grande importanza: bisogna però ricordare che la tireotossicosi non è sempre di diagnosi così facile come a prima vista può sembrare. Clinicamente i casi possono essere divisi in due tipi, primario e secondario.

Nel tipo primario, *tireotossicosi primaria*, il gozzo e i sintomi tossici compaiono nello stesso tempo o quasi; tutto il complesso sintomatico, chiamato di solito gozzo esoftalmico, è prontamente riconoscibile. Si tratta per lo più di giovani adulti che possono presentare tachicardia per un lungo periodo di tempo prima che compaia l'aritmia.

Nella *tireotossicosi secondaria*, il gozzo si presenta diversi anni prima della comparsa dei sintomi tossici i quali sono anche meno marcati, dato che soltanto una parte dell'epitelio della ghiandola partecipa al processo tireotossico, mentre nei casi di tireotossicosi primaria tutto l'epitelio vi partecipa. Tuttavia il malato è di età più avanzata e il suo cuore può sopportare di meno una prolungata tachicardia. È in questo secondo gruppo che si incontrano le fibrillazioni di origine tireotossica non diagnosticate come tali.

Per la *diagnosi*, vale il criterio che quando un soggetto è riconosciuto affetto da tireotossicosi ed ha un'aritmia continua è quasi certo che si tratta di fibrillazione auricolare perchè, come ha avvertito Campbell (1935), un'altra forma di aritmia, quella dovuta ad extrasistoli molto frequenti, si ha raramente in questi casi; in ogni modo l'elettrocardiogramma può sciogliere ogni dubbio. Non infrequenti sono gli attacchi parossistici di fibrillazione auricolare, la cui durata può variare molto da malato a malato.

In nessun caso di fibrillazione auricolare in individui di età superiore ai quarant'anni si deve escludere l'origine tiroidea se non si può dimostrare il contrario, tenendo anche presente che piccoli gozzi possono sfuggire all'apprezzamento o perchè trascurati da un esame troppo sommario o perchè a sede retrosternale.

La coesistenza della fibrillazione auricolare con la tireotossicosi impone l'*intervento operatorio* d'urgenza, senza di che non si può ripristinare il ritmo normale oppure non lo si può mantenere.

La roentgenterapia, in presenza di una fibrillazione è insufficiente. La cura medica ha valore solo come trattamento preoperatorio.

I rischi della tiroidectomia sono scarsi. Nelle mani di un abile chirurgo la percentuale di morte si aggira sul 2-3 %, rischio relativamente scarso se si pensa al rischio ben più grave a cui vengono esposti questi ammalati se non vengono fatti operare. Sfortunatamente in molti malati e nei loro medici è insita la convinzione che il loro cuore a causa dell'aritmia non possa sopportare alcun intervento operatorio, mentre proprio l'intervento, preceduto e seguito da opportune cure, è l'unico mezzo per farli guarire.

Trattamento preoperatorio: eseguire un elettrocardiogramma e stabilire il metabolismo basale (generalmente più alto nei casi di tireotossicosi primaria che in quelli di tireotossicosi secondaria. Tuttavia il metabolismo basale può anche mostrarsi normale, come l'A. ebbe a notare in tre casi che presentavano non pertanto netti fenomeni tireotossici e in cui il ritmo cardiaco si regolarizzò dopo l'operazione). Riposo a letto per 2-3 settimane con dieta ad alto valore calorico e piccole dosi di luminal, 5 ctg. al giorno, a scopo sedativo, a cui si può aggiungere, nei casi di tireotossicosi primaria, la soluzione di Lugol in dosi dipendenti dal tipo e dal grado dell'alterazione tiroidea; digitale in dosi adatte a regolarizzare il ritmo cardiaco e a diminuirne la frequenza.

Trattamento operatorio: tiroidectomia subtotale, di solito in un tempo, riservando gli interventi in più tempi ai casi particolarmente gravi di tireotossicosi primaria. Anestetico a seconda della predilezione del chirurgo; l'A. ha abbandonato l'anestesia locale ed usa avertina più gas-e-ossigeno; nei casi con grave insufficienza cardiaca ed epatomegalia, all'avertina sostituisce la morfina. Importante ricordare che quanto più alto è il metabolismo basale tanto maggiore deve essere la quantità percentuale di ossigeno da somministrare.

Trattamento post-operatorio: come quello di una qualsiasi altra tiroidectomia con in più speciali cure riguardo al cuore: continuazione della cura digitalica iniziata prima dell'operazione. Se dopo il 7° giorno il ritmo non è ritornato normale, sospendere la digitale e iniziare un ciclo di cura chinidinica, 30 ctg. al mattino il primo giorno, 30 ctg. 2 volte a distanza di 2 ore il mattino del giorno dopo, 30 ctg. per 3 volte, ogni 2 ore il terzo giorno e così continuare per 6 giorni. Se il ritmo ciononostante non si fa normale, dopo un riposo di 5 giorni ripetere il trattamento chinidinico con le stesse modalità.

In un solo caso l'A. non ha visto ristabilirsi un ritmo normale anche dopo il 2° ciclo di trattamento chinidinico, così che ha dovuto ricorrere a un terzo ciclo di cura chinidinica per ottenere un completo effetto.

Una volta ristabilitosi il ritmo normale, continuare la cura chinidinica a medie dosi per un po' di tempo. Riprendere la chinidina se con la sua sospensione ricompaiono disturbi del ritmo. M. RASTELLI.

Ipofisi e circolazione.

(F. SCHELLONG. *Die Medizinische Welt*, 10 dicembre 1938).

Fra le numerose sostanze attive secrete dall'ipofisi ve ne è anche una — denominata vasopressione — che agisce sui vasi influenzando la pressione sanguigna. Essa è secreta dal lobo posteriore ed estrinseca la sua azione agendo sulle ramificazioni terminali del sistema arterioso, cioè i precapillari ed i capillari, che essa restringe.

Mentre fino a pochi anni fa si credeva che l'ipofisi (sia anteriore che posteriore) versasse i suoi prodotti direttamente nel sangue e che attraverso questa strada i suoi increti giungessero al loro punto di azione, ora nuovi studi hanno messo in luce le intime connessioni fisiologiche tra ipofisi e diencefalo ed in conseguenza di essi si va facendo sempre più probabile l'ipotesi che l'ipofisi versi le sue sostanze attive anche nel diencefalo. In questo senso si dice che l'ipofisi è la « ghiandola endocrina del diencefalo » e si parla di un sistema ipofiso-diencefalico.

La scoperta dell'ormone circolatorio ipofisario ha fatto sorgere la questione se i quadri clinici delle malattie in cui si riscontra come sintoma essenziale una morbosa ipertensione o una abnorme ipotensione siano in dipendenza dell'ipofisi.

Anselmino ed Hoffmann hanno messo in evidenza la stessa influenza che aveva nei conigli l'inoculazione di un ultrafiltrato del sangue di gravide eclamptiche o dell'ormone ipertensivo del lobo posteriore dell'ipofisi concludendo per una morbosa iperfunzione del lobo posteriore come causa dell'eclampsia.

Marx ha emesso sulle relazioni del sistema ipofiso-diencefalico con le malattie renali la seguente ipotesi: Durante una infezione circolano nel sangue tossine aumentate le quali costituiscono uno stimolo per il sistema ipofisario inducendo così una aumentata secrezione di ormone nel lobo posteriore. L'ormone viene secreto nel liquor, da questo passa nel sangue andando così a determinare la costrizione vasale con il conseguente aumento della pressione sanguigna; la vasocostrizione dei vasi renali condurrebbe ai segni della lesione renale. Questa concezione spiega la nota azione favorevole della puntura lombare sulla pressione sanguigna nelle nefriti, anche quando la pressione del liquor non sia aumentata: è stata da Marx espressa l'opinione che con l'estrazione del liquor si asportano anche le sostanze ipertensive e che perciò si manifesta un abbassamento della pressione sanguigna.

Nella eclampsia e nelle malattie renali si tratta della cosidetta ipertensione pallida che ha luogo per una costrizione dei vasi arteriosi terminali e dei capillari; anche l'iniezione di preparati di lobo ipofisario posteriore provoca una ipertensione pallida e questo è in favore delle relazioni che prima dicemmo. Ma ora, negli ultimi anni, è stata ripetutamente espressa l'opinione che da una ipersecrezione del lobo posteriore dipenda anche l'ipertensione rossa, cioè l'ipertensione genuina o essenziale e quindi uno stato morboso il cui quadro clinico è ben diverso da quello dell'ipertensione pallida. Però secondo le ultime ricerche, nell'ipertensione rossa più che il lobo posteriore avrebbe importanza il lobo anteriore dell'ipofisi. Allo scopo appunto di delucidare queste relazioni tra lobo anteriore dell'ipofisi e ipertonia e ipotonia essenziale, l'A. descrive due quadri morbosi che decorrono con alterazioni estreme di tale lobo anteriore illustrandone soprattutto le alterazioni della pressione sanguigna. Si tratta da una parte della cachessia ipofisaria o morbo di Simmonds, dall'altra del morbo di Chusing caratterizzate anatomicamente la prima dall'atrofia del lobo anteriore, la seconda da un adenoma a cellule basofile del lobo anteriore dell'ipofisi.

Nel morbo di Simmonds si ha una spiccata ipotensione la quale cade ancora maggiormente in occasione di sforzi anche molto lievi del paziente. La malattia si giova notevolmen-

te di una terapia con preparati di ipofisi anteriore.

Nel morbo di Cushing invece, oltre gli altri sintomi caratteristici (ingrassamento specie alla faccia e al dorso, aspetto pletorico, poliglobulia, osteoporosi, atrofia genitale e iperglicemia) si ha anche ipertensione. Questo indica che certamente una relazione intercorre tra il sistema ipofiso-diencefalico e le alterazioni della pressione. In qual modo e attraverso quale meccanismo tale azione si esplichi non è ancora ben chiarito, ma è sperabile che le continue ricerche ci portino a dare una risposta a questo problema, la cui soluzione, come è facilmente intuibile, avrebbe importanti ripercussioni anche nel campo terapeutico.

F. TOSTI.

TUMORI.

L'ereditarietà dei tumori.

(W. OSWALD. *Wiener Klinische Wochenscrift*, 27 gennaio 1939).

La questione dell'ereditarietà dei tumori è sempre all'ordine del giorno. Gli studi finora eseguiti al riguardo non si contano. Le esperienze sugli animali, le osservazioni e le statistiche cliniche ed anatomo-patologiche hanno dato qualche elemento che consente un certo orientamento in una questione che presentava e presenta tuttora incognite di sostanziale importanza.

L'ereditarietà dei tumori non esclude la concorrenza di influenze ambientali, costituite non solo da fattori esterni, quali potrebbero essere il catrame ed i raggi Roentgen, ma anche da fattori che si trovano nell'organismo stesso e che in ultima analisi sono insiti alla costituzione stessa del soggetto.

Al riguardo sono istruttivi gli studi fatti sulla Drosophila, che presenta due specie di tumori la cui trasmissione ereditaria sembra quasi continua.

Il « tumore Morgan Stark I » fu osservato per la prima volta nel 1914. Si notò che era presente in una cultura di Drosophile nella metà circa dei maschi. Questi morivano durante il periodo larvale per un tumore localizzato nella parte dorsale del torace, o nel ganglio proventricolare. La penetranza era dimostrabile nel 100 % dei casi. Oltre a ciò fu rilevato un fatto ancora più interessante, ossia che il tumore ereditario può comparire improvvisamente per mutazione anche dopo parecchie generazioni di individui esenti da tumore e che la preesistenza di un tumore era determinata da un singolo gene. Infine a mezzo di incroci si riuscì a precisare l'esatta posizione del rene nel cromosoma sessuale.

Nel novembre 1916 si constatò la comparsa di un secondo tumore nelle Drosophile, il « tumore Morgan Stark », che non produce la morte degli animali colpiti ed è localizzato al 12° o 13° segmento addominale. Anche esso è determinato da un singolo gene localizzato nel terzo cromosoma con carattere recessivo. A differenza del precedente questo tumore, anche nella preesistenza omozigotica del suo gene determinante, ha una penetranza del solo 10 %. Deve perciò ammettersi che per la sua produzione l'ambiente genotipico ha una notevole importanza, anche perchè le condizioni peristatiche di una cultura di Drosophile erano le medesime per tutti gli individui.

Nei conigli sono state fatte osservazioni le quali dimostrano che la genesi dei tumori dipende da fattori ereditari ed insieme peristatici. Shope descrisse in uno speciale coniglio americano una malattia caratterizzata da numerose verruche, determinate da un virus. L'affezione potette essere inoculata anche ai conigli europei, nella maggior parte dei quali si svilupparono carcinomi metastatici. Con il materiale raccolto dai tumori e degli organi vitali non si potette riprodurre l'infezione.

Ciò dimostra come le condizioni ambientali modifichino il tipo delle reazioni: in alcune specie di conigli un virus produce papillomi infettanti, in un'altra specie carcinomi non infettanti.

Non meno interessanti sono i risultati delle prove d'innesto: l'autotrapianto (innesto di tumore sullo stesso animale) riesce sempre, l'omotrapianto (innesto di un tumore su animale della stessa specie) riesce spesso, l'eterotrapianto (innesto del tumore su animale di specie diversa) non riesce mai.

Questi fatti si possono spiegare ammettendo l'esistenza di condizioni ereditarie dell'animale o di condizioni particolari che si continuano nelle cellule cancerigne e quindi anche esse ereditarie in rapporto al tumore.

Nei topi è stata nettamente dimostrata una ereditarietà delle condizioni che consentono il trapianto e lo sviluppo dei tumori.

E non è dubbio che anche per l'uomo esiste una trasmissibilità delle condizioni che rendono efficienti i fattori cancerigeni peristatici.

Per i tumori prodotti dal catrame, dall'arsenico, dai raggi Roentgen e da sostanze radioattive non si sono potute finora mettere in evidenza gli elementi ereditari della predisposizione. Ma esiste un'affezione ereditaria, lo xeroderma pigmentosum, nel quale in seguito all'azione dei raggi ultravioletti si sviluppa un tumore. In tale caso si ha per sicura la trasmissibilità della condizione (lo xeroderma) che costituisce la predisposizione al cancro, ed è altrettanto sicuro il fattore cancerigno esterno (raggi ultravioletti).

Nel topo si riscontrano quasi tutti i tumori di cui soffrono gli animali superiori e l'uomo, ma con notevoli differenze in rapporto alla loro frequenza ed alla loro localizzazione. Predominano i tumori epiteliali, e gli adeno-

carcinomi mammari rappresentano il 90 % di tutte le neoplasie, mentre nell'uomo il cancro è più di frequente localizzato al tratto gastro-intestinale. Nei topi quindi esisterebbe una predisposizione ereditaria al cancro trasmissibile sopra tutto alle femmine.

Numerose serie di ricerche su i tumori spontanei hanno dimostrato che la loro frequenza in condizioni di vita eguali può variare da ceppo a ceppo, ma nello stesso ceppo rimane costante per parecchie generazioni. Mediante opportuna selezione si sono potuti allevare ceppi nei quali i tumori spontanei erano molto frequenti e ceppi che non ne presentavano affatto. Tutto ciò dimostra che l'ereditarietà della predisposizione è più che verosimile.

Sulla natura del carattere ereditario le opinioni sono molto discordanti. In generale si ammette un fattore mendeleniano, ma non è chiaro se si tratti di un singolo gene o di un complesso di geni strettamente legati. Alcuni ritengono che si tratti di un carattere dominante, altri di un carattere recessivo.

La frequenza dell' adenocarcinoma della mammella può spiegarsi con la speciale sensibilità di questo tessuto alla follicolina circolante nell'organismo. La durata del trattamento follicolinico capace di produrre il carcinoma varia notevolmente nei diversi ceppi, ed è tanto più breve quanto maggiore è la tendenza alla produzione di tumori spontanei. Ma anche in questa materia le cose sono complicate dal fatto che le iniezioni di follicolina provocano un gran numero di carcinomi anche nei ceppi esenti da tare tumorigene.

Comunque questi dati forniti dalle esperienze fatte su numerose generazioni di animali non possono applicarsi all'uomo. I dati clinici e statistici non danno risultati che collimino con i risultati sperimentali. Si ammette più per impressione che per dimostrazione che il cancro, o anche la sua localizzazione, sia ereditario nell'uomo. Questa opinione è generalmente accreditata da alcuni fatti molto impressionanti per la notorietà delle persone colpite.

Nella famiglia Bonaparte morirono per cancro dello stomaco non solo Napoleone, ma anche il padre, il fratello Luciano e le sorelle Paolina e Carolina.

Bauer racconta di una famiglia nella quale morirono di cancro dello stomaco i due genitori e tutti e cinque i figli. E Paulsen ha riferito che in un'altra famiglia morirono di cancro dello stomaco ambo i genitori e tutti figli.

Secondo Sauerbruch la poliposi intestinale è famigliare nel 10 % dei casi.

È noto che il glioma della retina ha spiccato carattere ereditario. Lenz trovò che in 30 famiglie ne erano colpiti parecchi fratelli.

Secondo una statistica americana in una famiglia nella quale si sia verificato un caso di cancro un altro membro può ammalare della stessa malattia con una probabilità dieci volte superiore a quella della media comune.

Secondo altre statistiche invece più che i fattori costituzionali ereditari avrebbero maggiore importanza i fattori esterni. Così da calcoli fatti in Norvegia un fratello di un malato di cancro delle labbra non avrebbe probabilità di ammalare della stessa lesione superiore a quella che si ha in tutta la popolazione.

Allo stato delle attuali conoscenze si può concludere che vi sono tumori nettamente ereditari ed altri che sono provocati anche da fattori peristatici. Per il determinismo di questi ultimi l'influenza del fattore ereditario e di quello esterno è diverso a seconda dei vari tipi di tumori. Vi sono tumori, come i gliomi della retina, che si sviluppano in individui della stessa famiglia indipendentemente da ogni altra condizione, e tumori che si sviluppano in individui appartenenti a famiglie senza precedenti di affezioni neoplastiche e solo in seguito a determinati stimoli, che si possono chiamare cancerigeni. Tra questi due gruppi estremi ve n'è un altro, ed è forse il più numeroso, nel quale allo sviluppo del cancro concorre sia il fattore ereditario che quell'ambientale.

Non si sa ancora con precisione e con sicurezza quali siano questi fattori esterni che concorrono a produrre il cancro nell'uomo. Il compito attuale della scienza è quello di accertarli. Solo così il problema della lotta contro il cancro si mette sul terreno pratico.

Solo così si potrà istituire una razionale profilassi di questa malattia, e la medicina anche in questo campo si troverà in grado di utilmente corrispondere all'imperativo: « Meglio prevenire che curare ». Dr.

Cancro del polmone e polvere delle vie asfaltate.

(P. Valade. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 24 gennaio 1939).

Numerose statistiche elaborate da vari autori dimostrano che la frequenza del cancro primitivo del polmone ha subito un aumento progressivo dal 1921 al 1938 in tutti i paesi del mondo civile.

Si tratta di un aumento effettivo e reale definito in base ai dati clinici, ai certificati di morte ed alle autopsie. Il perfezionamento dei mezzi diagnostici concorre solo in piccola parte ad elevare la cifra dei casi di cancro del polmone.

Parecchie ipotesi sono state avanzate per spiegare il fenomeno. Sergent, Bordet e Racine hanno incriminato le condizioni attuali della vita moderna, e specificamente le inalazioni di vapori e di polveri irritanti. Roussy, Oberling e Racine hanno pensato alla diffusione dei motori a scoppi con la conseguente

alterazione dell'aria ed all'asfaltatura delle strade. Gli autori inglesi sono più decisi: I. A. Campbell, N. M. e E. L. Kennarway hanno rilevata una maggiore frequenza delle neoplasie pulmonari negli individui (spazzini, selciatori, autisti, conducenti di veicoli a trazione animale, ecc.), che per il loro mestiere o per altre ragioni, sono particolarmente esposti ad inspirare la polvere delle strade.

I dati sperimentali confermerebbero questi rapporti etiologici.

Dreyfuss e Bloch nel 1922 trovarono nei topi cosparsi di catrame tumori polmonari, che considerarono metastasi di tumori cutanei.

Murphy e Strun nel 1925 furono i primi a dimostrare sperimentalmente l'azione cancerigna del bitume sui polmoni: trovarono cancri polmonari primitivi nell'85 % dei topi cosparsi di asfalto, mentre i topi testimoni rimanevano indenni. Tali risultati furono confermati in larga scala da Bonne e Stoel, Schabad, Mercier, Watson e Mellanby.

Successivamente, nel 1934, mediante iniezioni sottocutanee di un carburo (1-2-5-6 dibezantracene) Andervont provocò tumori pulmonari nei topi.

Ma spetta a Campbell il merito di avere per primo istituito un esperimento più convincente collocando i topi in un ambiente viziato da polveri bituminose. Dalle esperienze fatte risulterebbe che l'azione delle polveri delle strade, con o senza bitume, aumenta la frequenza dei cancri primitivi del polmone. E, poichè il cancro murino è assimilabile a quello umano, si può dedurre che le polveri della strada abbiano la medesima azione nefasta sull'uomo.

I fatti sperimentali, quindi, proverebbero che la tinteggiatura della cute con bitume, le iniezioni di carburi cancerigni e le inalazioni di polveri bituminose aumentano nei topi la frequenza dei tumori primitivi del polmone.

Ma sembra azzardato applicare senz'altro queste conclusioni alla razza umana.

In effetti, per evitare conclusioni affrettate, occorre tenere presente che la cancerizzazione dei topi varia notevolmente in rapporto a diverse condizioni: età, colore del pelo e razza, eredità, specificità d'azione dei carburi cancerigeni, possibilità di cancerizzazione diretta del tessuto polmonare.

Per quel che riguarda l'età è noto che nei topi vecchi le neoplasie primitive del polmone possono comparire spontaneamente con una frequenza variabile secondo la razza.

In relazione al colore del pelo ed alla razza Andervon ha notato che i topi bianchi albini hanno tumori polmonari più facilmente che i topi di razza nera.

L'eredità è un fattore non trascurabile, nella produzione di tali neoplasie. Lo stesso Andervont mediante adatti incroci di alcune razze di topi ha dimostrato che la recettività del polmone allo sviluppo dei tumori si trasmette come un carattere mendeliano dominante.

La specificità d'azione dei carburi cancerigeni in rapporto alle varie specie di animali ed ai vari tessuti è stata messa in evidenza dal chimico inglese Cook. L'estrone, che ha una composizione chimica molto vicina a quella dei carburi cancerigeni, esercita un'azione cancerizzante solo nel tessuto mammario. D'altra parte è stato rilevato che i carburi cancerigeni, e particolarmente il benzopirene, non hanno i medesimi effetti su tutti gli animali e su tutti i tessuti. Talvolta provocano in alcuni animali neoplasie sul tessuto connettivale e non su quello epiteliale e viceversa in altri animali, o anche non hanno alcuna azione su altre specie.

La cancerizzazione del tessuto polmonare è stata tentata mediante l'introduzione nella trachea di prodotti bituminosi e di carburi cancerigni. Oberling e Raineleanu dopo l'iniezione nella trachea di vaselina bituminosa constatarono la comparsa di papillomi vegetanti sulla faccia interna dell'orecchio. Oberling, Sannié e Guerin iniettarono nella trachea di sette ratti una iniezione oleosa di 1-2 benzopirene, e solo in due casi ottennero sarcomi perirachiali.

Valade iniettò nella trachea di 50 ratti dosi varie di metilclorantrene in soluzione oleosa: ottenne 14 sarcomi della regione tracheale o rabdomiosarcomi esofagei. Pertanto se sostanze così fortemente cancerigene, come il metilclorantrene, sono incapaci a provocare la cancerizzazione del polmone, è difficile pensare che polveri contenenti particelle piccolissime di asfalto e semplicemente inalate possano essere la causa di neoplasie polmonari.

Quindi l'analisi dei fatti sperimentali non autorizza ad applicare i risultati ottenuti alla specie umana.

La questione della possibile azione etiologica della polvere delle strade asfaltate nella comparsa dei tumori primitivi del polmone dell'uomo non è ancora risoluta. Occorrono ancora ulteriori studi sperimentali su animali diversi dal topo e statistici, anatomopatologici e clinici sulle varie categorie sociali e specialmente su gli individui che per ragione del loro mestiere sono costrette ad inalare quotidianamente polvere delle strade asfaltate.

DR.

DIVAGAZIONI

La coltivazione nell'acqua.

È nota da molto tempo la possibilità di fare vegetare le piante fornendo loro semplicemente acqua e sostanze minerali.

La natura ci offre nel mare un esempio immenso di questo fenomeno. I vegetali che formano il fitoplankton hanno la capacità di utilizzare per il loro sviluppo le acque del mare, che anche al momento della loro massima concentrazione contengono una piccola quantità di sali, 30-40 mmgr. di fosfati e 50 mmgr. di nitrati per metro cubo.

Certo il suolo fertile ne è molto più ricco perchè contiene in media 200 gr. di nitrati e 1-2 Kgr. di fosfati per tonnellata. Ma nell'humus queste sostanze nutritive sono in gran parte assorbite dagli elementi solidi. Nell'acqua invece sono integralmente disciolti e direttamente assimilabili.

La flora marina non è limitata all'orlo di alghe fisse che vegeta lungo le coste. In effetti si estende su tutta la superficie del mare, con il plankton vegetale costituito essenzialmente da alghe unicellulari (diatomee, peredinene).

Lo strato nel quale si elabora questa materia vivente sotto l'influenza dei raggi solari ha uno spessore medio di 100-150 metri. Pertanto la produzione del fitoplantkton è enorme: Atkins calcola che nella Manica se ne producano ogni anno 1400 tonnellate per chilometro quadrato. Gran calcola che nel fiord di Oslo si formino in un giorno sullo strato superficiale del mare due tonnellate e mezzo di glucosio per chilometro quadrato.

La vegetazione marina è notevolmente più abbondante di quella delle terre emerse.

P. Desfosses (*Presse Médicale*, 25 febbraio 1939) prendendo lo spunto da uno studio di M. Truffaut sulla coltivazione nell'acqua ricorda che tutti i fitofisiologi hanno praticato culture sperimentali di vegetali superiori nell'acqua. Portier fece germogliare un seme di mais offrendo alle sue radici una soluzione puramente minerale composta di nitrati, fosfati, cloruri e solfati di calcio, potassio, magnesio e ferro; ottenne una pianta esuberante che dopo avere utilizzato, mercè l'assimilazione clorofillica, le poche riserve del seme, formò i suoi tessuti a spese dei sali minerali.

Da circa tre anni i metodi di coltivazione dei vegetali in ambiente liquido sono passati dai tentativi sperimentali dei laboratori alle realizzazioni dell'industria per la produzione di fiori, frutti e legumi. In America, grazie all'impulso dato dall'Università di California, si è riusciti a produrre in grande con la cultura in acqua pomodori, barbabietole, carote, ravizzoni, patate e fragole, e già tre stabilimenti lavorano per mettere sul mercato legumi.

In Francia Truffaut e i suoi collaboratori Hampe e Lefoin hanno fatto al riguardo esperienze molto interessanti nei loro laboratori di Versailles.

Per la coltivazione delle piante occorrono innanzi tutto vasche con compartimenti stagni nelle quali si pone la soluzione nutritiva. Le vasche devono avere pareti inattaccabili dalle sostanze contenute nell'acqua, e devono essere ricoperte da griglie che sostengono le piante mantenendole al disopra del livello del liquido, perchè a contatto dell'acqua le parti delle piante che non siano le radici sono condannate alla putrefazione batterica. Al disopra delle griglie si trovano piastre di fibrocemento con fori attraverso i quali passano gli steli delle piante. Ciò per ottenere che il liquido rimanga all'oscuro: la luce farebbe atrofizzare le radici e favorirebbe lo sviluppo di alghe che esaurirebbero il mezzo nutritivo.

Le soluzioni devono corrispendere alle esigenze di ciascuna pianta coltiva. Gli elementi indispensabili sono: l'*azoto* sotto forma di sali ammoniacali, il *fosforo* sotto forma di fosfati solubili o talvolta d'acido fosforico libero, il *potassio* sotto forma di cloruro, solfato, fosfato, nitrato, il *sodio* sembra poco necessario, il *calcio* sotto forma di nitrato, il *magnesio* sotto forma di solfato, il *ferro*, lo *zolfo*, ed infine il *boro* che sembra agire a dosi minime (ormone minerale). Gli elementi che devono essere particolarmente abbondanti sono l'azoto, il potassio, il fosforo, il calcio.

Occorre inoltre verificare il pH della soluzione, ossia il grado di acidità o di alcanità, avvertendo che è preferibile una reazione leggermente acida.

La soluzione nutritiva deve avere un livello costante ed una composizione determinata, si deve quindi aggiungere regolarmente una soluzione di determinata concentrazione allo scopo di mantenere costante la composizione.

Nella maggioranza dei casi occorre riscaldare la soluzione preferibilmente a mezzo di resistenze elettriche controllando la temperatura a mezzo di un termostato.

I risultati ottenuti con questo procedimento sembrano meravigliosi. Gli americani sostengono che si possono ottenere 2240 ettolitri di patate e 551 tonnellate di pomodori per ettaro. Truffaut ha ottenuto piante di pomodoro che hanno raggiunto quattro metri di altezza in centodieci giorni e che dettero ciascuna da cinque a sette chilogrammi di frutti. Le piante erano così vigorose da potere vegetare per parecchi anni e dare una produzione continua d'inverno come d'estate.

La coltivazione nell'acqua sembra dovrà avere un grande successo specie nelle regioni sterili, ma calde e fornite d'acqua, quantunque essa ne esiga meno della coltivazione in terreno.

I medici non possono disinteressarsi di una questione così importante per l'alimentazione.

La coltivazione nell'acqua offre un campo di ricerche fruttuose per i fisiologi desiderosi di studiare la chimica cellulare e le proprietà delle piante che si potranno modificare variando il loro nutrimento. *argo.*

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

G. GOGLIA. *Guida pratica di terapia clinica.* III edizione. Un vol. in-16° di 749 pagg., rilegato. V. Idelson, Napoli, 1938. L. 45.

La « Guida » del prof. Goglia — nelle sue precedenti edizioni — è ben nota ai medici pratici, che sanno di trovare in essa un fido consigliere per il quotidiano esercizio professionale. Il succedersi di tre edizioni dimostra quanto esso sia stato apprezzato.

La materia è disposta per ordine alfabetico e la consultazione è facilitata anche da un indice alfabetico alla fine. Le indicazioni terapeutiche sono evidentemente passate al vaglio della pratica, in modo che il medico trova in esse quello che meglio risponde ai fini di un'efficace terapia. Copiose sono le ricette (730) e non sono trascurate le specialità (messe pudicamente in nota) delle quali ormai, nonostante i severi mòniti di alcuni teorizzanti censori, non si può più fare a meno.

L'utile « Guida » è completata da un'appendice con varie nozioni: posologia dei rimedi, ora adatta per la somministrazione di questi, volumetria abituale, ecc. *fil.*

Medizinal-Index und Therapeutisches Vademecum. Diretto da M. T. Schnirer. 40ª ediz. Due voll. in-24°, di rispettive pagg. 430 e 312. F. Deutike, Wien e Leipzig. M. 4,60.

Da 40 anni, si viene pubblicando questo buon vademecum per il medico, dal comodo formato tascabile e che è giustamente molto apprezzato.

Nel primo volume trovansi dapprima circa 200 pagine dedicate alla diagnosi e terapia: offrono una succinta descrizione delle singole malattie poste per ordine alfabetico, sufficiente per mettere sulla buona strada della diagnosi, seguìta dalle indicazioni terapeutiche causali e sintomatiche. Pure ampio è l'elenco dei comuni rimedi in cui ne sono inclusi 150 di nuovi. Altri capitoli sono quelli sul pronto soccorso, cosmetica, terapia degli avvelenamenti, ecc. Molte tabelle: sulle dosi massime, incompatibilità dei medicamenti, peso ed altezza normali alle varie età, periodi di incubazione delle malattie infettive, ecc.

Il secondo volume contiene una rivista dei nuovi mezzi terapeutici che si sono venuti consigliando nell'annata, con i relativi riferimenti bibliografici, la tecnica terapeutica, un prontuario ostetrico e vari articoli di aggiornamento, fra cui uno sulle nozioni di elettrocardiografia per il medico pratico, un altro sulle vitamine ed anche qui molte tabelle, fra cui una molto completa sulle sostanze alimentari, elenchi dei luoghi di cura, ecc.

È ovvio che il libro è destinato ad essere un fedele compagno del medico pratico nei paesi tedeschi. *fil.*

M. LOEPER. *De la sémiologie à la thérapeutique.* Un vol. in-8° di 307 pagg. Doin et C.ie, Paris, 1938. Prezzo 65 frs.

Il titolo di questo libro non deve trarre in inganno, accomunandolo ad altri che si sono venuti pubblicando anni or sono (Dal sintoma alla malattia, Indice dei sintomi, ecc.) in cui si elencavano i sintomi principali, indicando la via per arrivare alla diagnosi.

Ben diversa è l'impostazione del libro del prof. Loeper, già favorevolmente noto ai medici per le sue idee chiare, l'esposizione limpida ed attraente e la profonda conoscenza dei bisogni del pratico. Trattasi qui di tanti capitoli staccati, di cui l'argomento rientra appunto in quel ciclo di conoscenze mediche, che parte dalla semeiologia per passare alla diagnosi ed arrivare alla terapia.

Guardando le cose un po' dall'alto, l'A. scorge l'armonia simmetrica fra il sintoma e la terapia, avanzando il concetto di specificità chimica, nel senso che la causa delle malattie risiede il più spesso nella produzione o nell'eccesso di un corpo chimico normale o nella produzione di un corpo nuovo. Questa concezione unitaria anima tutta l'opera dove sono trattati molti dei vari problemi che si presentano al medico, d'indole generale o speciale e che l'A. discute con senso pratico e con la lunga esperienza di 30 anni d'insegnamento.

Accenniamo a qualcuno degli argomenti trattati: L'insorgenza dei sintomi nella malattia; L'equilibrio nutritivo; Le ondate leucocitarie viscerali nella digestione; La diagnosi in endocrinologia; Nevriti digestive e neurotropismo; L'auxoterapia; Le grandi tappe della terapia; La terapia funzionale a dosi minime; Il dolore, ecc. *fil.*

A. B. MARFAN. *Les éléments du pronostic dans les maladie aigues.* Un vol. in-8° di 80 pagg. Masson et C.ie, Paris, 1938. Prezzo 20 frs.

Molto giustamente l'A. osserva nella prefazione che il pubblico perdona più facilmente al medico un errore di diagnosi che uno di prognosi; è quindi necessario che il medico, se non ha una lunga esperienza personale in proposito, approfitti di quella degli altri. È ovvio che il giudizio pronostico è essenzialmente individuale, non soltanto per la personalità (psichica e culturale) del medico stesso, ma soprattutto per le caratteristiche individuali del malato. Vi sono però dei segni *generici, boni* o *mali hominis*, di cui la presenza

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

o l'assenza può avere grande importanza per la prognosi. Essi sono esposti efficacemente dall'A. per alcune malattie acute ed il medico che legge questi brevi capitoli vi attinge molte nozioni, che gli saranno di grande utilità per formulare il giudizio pronostico.

Il primo capitolo, che tratta le febbre tifoide, serve come di prototipo per molte altre malattie acute. Sono poi considerate le seguenti malattie: polmonite lobare acuta, broncopolmonite, difterite, scarlattina, endocarditi, pericarditi, meningiti acute. *fil.*

I. SCHMIDT. *Bibliographie del Lufttahrtmedizin.* Un vol. in-8° di 136 pagg. J. Springer, Berlin, 1938.

I problemi che si presentano nella medicina aereonautica sono molteplici e complessi e diventano sempre più interessanti, dato l'enorme sviluppo dell'aviazione civile ormai entrata nelle regolari consuetudini e soprattutto per le necessità dell'aviazione militare. Si sono dovute pertanto affrontare e risolvere molte questioni di fisiologia e di patologia a cui una quarantina d'anni fa non si pensava nemmeno. Nessuna maraviglia, quindi, che la sola bibliografia pazientemente raccolta dall'Autrice sull'argomento occupi già 136 pagine fitte.

Essa è divisa per i seguenti argomenti: Generalità; Psicofisiologia del volo· Studî sull'influenza delle altezze (pressione, azione della temperatura e dell'irraggiamento); Studî sull'accelerazione; Infortuni e stanchezza; Idoneità al volo; Igiene.

Anche se non assolutamente completo, questo repertorio è di notevole utilità per chiunque si occupi dell'argomento. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunanza del 28 gennaio.

Prof. ANTONIO LUNEDEI. — *La terapia dei reumatismi cronici.*

Adunanza del 2 marzo.

La stenosi ipertrofica del piloro nel lattante.

Prof. CARLO COMBA. — L'O., riferendosi anche a 6 casi osservati nel passato biennio nella Clinica Pediatrica di Firenze, descrive il quadro clinico della stenosi ipertrofica del piloro nel lattante, indicando quali sono i dati del decorso e della sintomatologia che si devono tenere particolarmente presenti per la diagnosi differenziale, specialmente collo spasmo del piloro. Egli insiste sopra la necessità di una diagnosi precoce, a fine di potere intervenire senza indugio, e nelle migliori condizioni mediante la terapia chirurgica, che è la sola efficace. Nei 6 casi osservati la pilorotomia è stata seguita dalla guarigine.

Prof. Dott. ENRICO GUMBO (per la parte radiologica). — L'O. ha esposto il quadro radiologico della stenosi pilorica ipertrofica del lattante, illustrandolo con dati radiografici riguardanti esclusivamente casi sottoposti a pilorotomia, ed aventi perciò la documentazione operatoria inconfutabile della stenosi organica. È venuto alla conclusione che si possono considerare sintomatiche di questa forma in ispecial modo certe particolarità del modo di svuotamento dello stomaco infantile. Cioè, oltrechè il ristagno del contenuto gastrico, prolungantesi dalle 24 alle 48 ore, e più, anche, elemento molto importante, il ritardo dell'inizio dello svuotamento dello stomaco.

Concorda cogli AA., oggi numerosi, per i quali il concetto dell'esistenza e della possibilità di diagnosticare con fortissima approssimazione la stenosi pilorica organica del lattante è un fatto acquisito. I casi nei quali si verificano le condizioni suddette devono considerarsi del dominio chirurgico, specialmente poi se ad esse si associano sintomi radiologici di scompenso muscolare gastrico.

Prof. ANTONIO COMOLLI (per la terapia chirurgica). — L'O. fa una rapida descrizione dell'evoluzione dei concetti che hanno guidato i chirurgi nel praticare l'intervento operatorio per la stenosi ipertrofica del piloro nel lattante, iniziando da tecniche complicate per giungere alla semplice pilorotomia extramucosa, che dà resultati tanto brillanti. Fornisce i particolari della tecnica per l'esecuzione di questo intervento, descrivendo anche la evoluzione che subisce la soluzione di continuo pilorica. Accenna a quanto si è fatto ed ai resultati conseguiti in Italia e fuori, ricordando i 6 casi da lui fino ad ora adoperati, tutti con successo, e mette in risalto come per questo abbia importanza l'invio tempestivo del piccolo paziente al chirurgo. La relazione è accompagnata dalla proiezione di numerose figure e di una cinematografia dell'intervento.

I Segretari: L. PICCHI, A. GIANNONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Studio su 738 casi di metrorragia in condizioni non gravidiche.

Weintrant (*Amer Journ. of Obst. and Gynecology*, n. 3, 1938) dice che su 738 casi di metrorragia non in rapporto con uno stato gravidico, 340 (46 %) erano dovuti a fibromioma. La isterectomia è stato il procedimento più frequentemente usato. Buoni risultati ha dato la radiumterapia. Nelle donne più giovani il procedimento di scelta è stato la miomectomia.

Prossimo in frequenza al fibromioma come causa di emorragia, è stata la endometrite iperplastica osservata in 175 pazienti (23,7 %).

Il semplice « curettage » nei soggetti più giovani dava buoni risultati nella stragrande maggioranza dei casi, mentre in stato di menopausa risultati eccellenti si avevano con le applicazioni radium.

In seguito come frequenza si aveva la fibrosi dell'utero occorsa in 68 pazienti (9,2 %). I risultati migliori sono stati osservati nel gruppo delle donne in menopausa con il trattamento misto « curettage » seguito da applicazioni radium, per cui l'A. ritiene che in tale condizione la isterectomia sia da praticarsi solo nei casi nei quali ha fallito la radiumterapia.

In 28 casi (3,7 %) si aveva una neoplasia maligna degli organi riproduttivi. Una relativa immunità al carcinoma della cervice è stata notata nelle pazienti di razza giudaica, la qual cosa non si è fatta notare per i neoplasmi maligni del corpo dell'utero e dell'ovaio.

Nessun caso di malignità fu osservato in 49 polipi (6,6 %) di cui 43 erano cervicali e 6 uterini.

G. MONTANARI.

Un caso di perforazione vaginale in corrispondenza del fornice anteriore sede di lesione neoplastica, in seguito ad un tentativo di revisione della cavità uterina. Strappamento di un'ansa d'intestino tenue. Guarigione.

F. Marchesi (*Clinica Ostetrica e Ginecologica*, febbraio 1939) riferisce un caso di perforazione vaginale in seguito ad un tentativo di raschiamento uterino, con strappamento di un'ansa intestinale.

L'intervento laparatomico mise in evidenza che la perforazione era avvenuta in una zona di tessuto di consistenza differente dalla norma, molle, quasi friabile: l'esame istologico mostrò trattarsi di un carcinoma della vagina con sede nel fornice anteriore. La presenza di tale processo morboso facilitò senza dubbio la rottura della parete della vagina: è da notare che il cancro primitivo della vagina (come è appunto nel caso riferito) è un tumore che rientra nel gruppo delle neoformazioni maligne rare dell'apparato genitale femminile.

L'intervento laparotomico per la resezione dell'ansa strappata e per l'isterectomia ha condotto alla guarigione chirurgica della paziente.

F. TOSTI.

La terapia della placenta previa.

V. Adinolfi (*La Clinica Ostetrica e Ginecologica*, febbraio 1939) esamina il problema, specialmente in base ad uno studio di 133 casi di placenta previa ricoverati nella Maternità degli « Incurabili » di Napoli. Di essi, 130 sono stati trattati con metodi vaginali; largo uso è stato fatto del pallone di Champetier de Ribes che, a collo uterino aperto, ha dato i migliori risultati.

Complessivamente, la mortalità materna è stata di 2,25 %; quella fetale, esclusi i feti premorti all'intervento e quelli di peso inferiore a 2500 g., è stata di 3 %.

Ogni schema terapeutico, in tema di placenta previa, risulta di scarsa utilità pratica ed ogni assolutismo terapeutico è piuttosto dannoso. Si dovrà, invece, di volta in volta, tener conto della parità, dello stato del collo, della gravità dell'emorragia, della vitalità del feto, della presenza di distocie associate.

Nella forma di placenta previa parziale, a collo uterino preparato, la larga rottura delle membrane, seguita o non da estrazione del feto, è intervento da tentare sempre e che dà ottimi risultati.

L'A. si sofferma particolarmente sull'uso del pallone di Champtier, che deve conservare un posto importante in terapia. Applicato con giusto discernimento e con tecnica corretta, è capace di rendere i più preziosi servigi. La sua indicazione principale è data dall'emorragia che insorge al 7°-8° mese di gravidanza, a collo uterino impreparato, in qualsiasi situazione fetale, in qualsiasi tipo d'inserzione, in qualsiasi condizione di vitalità o meno del feto.

Nei casi di grave metrorragia, a termine di gravidanza e a collo uterino assolutamente impreparato o in casi di distocie associate (primiparità attempata, distocie anatomiche del collo, viziatura pelvica) sarà doveroso ricorrere al taglio cesario, per cui si preferirà quello transperitoneale sinfisario, di cui i grandi vantaggi sono ormai uiversalmente riconosciuti.

fil.

Contributo allo studio della diagnosi prenatale del sesso.

G. Armellini (*Clinica ostetrica e ginecologica*, febbraio 1939) desiderando portare un contributo allo studio della diagnosi prenatale del sesso che ha appassionato tanti ricercatori, ha voluto studiare il comportamento della reazione cutanea allergica dell'organismo della donna gravida di fronte alla iniezione intracutanea dei più recenti estratti te-

sticolari del commercio (Testis dell'I. T. R., Erugon Bayer, Sterandryl di Maestretti, Perandren di Ciba, Estratto di testicolo di Richter e Testoviron Schering) in rapporto alla diagnosi prenatale del sesso.

La conclusione a cui è giunto l'A. dopo le sue ricerche è che in tal modo non si può affatto stabilire la diagnosi prenatale del sesso probabilmente perchè la quantità di ormoni testicolari immessi dal feto nel circolo materno o è nulla o è talmente lieve da essere rapidamente distrutta o eliminata dall'organismo materno, il quale perciò non risulta affatto sensibilizzato verso estratti testicolari.

F. TOSTI.

La patogenesi della scarlattina in ambienti senza scarlattina.

W. Schultz (*Münch. med. Wochens.* e *Med. Weit*, 11 marzo 1939) riferisce su due casi di scarlattina chirurgica (un uomo di 46 anni ed una donna di 34) ammalatisi di tipica scarlattina chirurgica in un ambiente del tutto privo di scarlattina; l'ospedale per scarlattinosi si trova oltre la casa di abitazione del personale ospedaliero al difuori del recinto ospedaliero. Entrambi i malati risultavano precedentemente immuni, come lo dimostrava la capacità di estinzione del loro siero. Entrambi devono aver contratta un'infezione « muta » oppure — ciò che è meno verisimile — furono infettati da qualche persona del loro ambiente con infezione « muta ».

Che la violenza dell'infezione non costituisca di per sè un fattore d'importanza decisiva nel determinismo dell' infezione scarlattinosa, è dimostrato dal fatto che tali pazienti, in cui la scarlattina si manifestò dopo l'operazione, erano da considerarsi come immuni, oltre che per i segni d'immunità, anche per la loro età. L'occasione per lo sviluppo della malattia va ricercata nel cambiamento di disposizione reazionale verificatosi per l'operazione, condizione a cui, per la donna, si aggiunse lo stadio premestruale. Entrambi i casi dimostrano l'importanza della costituzione e della disposizione reazionale per il manifestarsi della scarlattina.

fil.

IGIENE

Bonifica integrale e riduzione della malaria.

Una delle maggiori realizzazioni del Regime fascista è la bonifica integrale. Il direttore generale di questa grandiosa opera, dott. E. Jandolo, in una relazione presentata al 3° Congresso internazionale sulla malaria e pubblicata nella *Rivista di Malariologia* (1938, n. 6), ha esposto e documentato le direttive seguite e i risultati raggiunti.

Nelle zone soggette a bonifica integrale, la bonifica idraulica viene completata e consolidata dalla bonifica agraria; l'una e l'altra sono fiancheggiate dalla bonifica igienica, finchè questa non sia resa superflua dalle nuove condizioni ambientali, che portano ad eliminare durevolmente la malaria ed altre malattie cosidette « rurali ».

La massima espressione della bonifica integrale è data dall'Agro Pontino: una intera provincia è stata, per tal modo, restituita all'Italia. Dopo averne sistemato il regime idrico, si è intensificata la cultura, affidata all'Opera Nazionale Combattenti, che ha creato migliaia di poderi, case coloniche e numerosi centri di popolazione; al tempo stesso si è quasi eliminata la malaria dalla vasta zona.

Prima della bonifica questa incideva permanentemente con una proporzione dell'80 %; in 10 anni si è ridotta l'incidenza a meno del 5 % nei soli mesi di massima malaricità.

Durante il 1933, con una popolazione media aggirantesi sui 42.000 individui, i casi di malaria primitiva, verificatisi in tutto il territorio pontino, furono 1189. Nel 1934, con una popolazione media di 64.000 individui, i casi di malaria primitiva furono 556. Nel 1935, con una popolazione mensile quasi identica a quella del 1934, a tutto il 15 ottobre i casi di malaria primitiva erano solo 13. L'endemia è ora praticamente scomparsa.

A questo risultato, tanto più mirabile quanto più si pensi alle gravissime condizioni malariche del territorio Pontino prima della bonifica, hanno certamente concorso tutte le provvidenze adottate: dalla piccola bonifica alla profilassi chimica, alla difesa meccanica delle abitazioni, alla cura sanitaria più completa e tempestiva, ma si ha ragione di presumere che un'influenza predominante va riconosciuta a quella totale rinnovazione dell'ambiente fisico ed economico che la bonifica ha operato, riportando — come disse il Duce — « la vita dove da venti secoli dominava la morte ».

G. A.

LABORATORIO

L'indice leucopenico nelle malattie cutanee.

L'indice leucopenico è il rapporto fra la leucocitosi a digiuno e la leucocitosi 45' dopo il pasto, nei soggetti in cui questo determina una diminuzione, invece del fisiologico aumento dei globuli bianchi. La ricerca di questa leucopenia digestiva si chiama anche « prova di Vaughan » (vedi Tuft, *Clinical Allergy*, 1933). Rost l'ha recentemente applicata alla dimostrazione della origine allergica di alcune malattie cutanee, traendone risultati anche curativi, mediante la dieta di eliminazione stabilita sulla base del comportamento della leucopenia digestiva (*Klin. Woch.*, 11 febbraio 1939).

L'A. ritiene sospettabile l'origine allergica non soltanto dell'eczema e della prurigo degli asmatici, ma anche di tutte le neuroder-

miti, quali la prurigo di Besnier, l'eczema calloso delle pieghe cutanee, la dermatite lichenoide, ecc.

Mentre per la dimostrazione dell'esistenza di un allergene respirabile nelle sindromi di allergia respiratoria sarebbe fondamentale l'applicazione della camera di prova, secondo Storm van Leeuwen, scarso valore avrebbero secondo l'A. le prove cutanee ed intradermiche per svelare gli allergeni digestivi.

L'allergene digestivo determina la crisi emoclasica e di questa la leucopenia è il sintoma più costante e più comodamente apprezzabile. Secondo l'A. la prova è positiva quando 45' dopo il pasto o si trova una diminuzione dei leucociti, o non si trova variazione del loro numero. Un aumento di meno di 500 elementi deve fare dichiarare sospetto l'alimento corrispondente.

Si può prescrivere una dieta, che sia fatta soltanto di alimenti controllatamente leucocitogeni.

Si è osservato che la guarigione di malattie allergiche cutanee si accompagna alla guarigione di contemporanee malattie allergiche respiratorie, evidentemente dovute allo stesso allergene digestivo.

Si è osservato che una sostanza alimentare allergene, può ad un determinato momento perdere carattere di allergene.

L'esistenza di una leucocitosi infettiva o mestruale non maschera la leucopenia emoclasica digestiva, che anzi spesso appare, in tali speciali condizioni, più evidente.

M. COPPO.

MEDICINA SCIENTIFICA

Funzioni autonome alla corteccia cerebrale.

Gli studi fatti sull'argomento indicano che la corteccia cerebrale controlla le reazioni termiche, la vasocostrizione e la vasodilatazione, la frequenza del polso e del respiro, la dilatazione delle pupille, le reazioni pilomotrici e pseudomotrici, l'azione gastrointestinale e la contrazione vescicale. Il carattere di quest'azione corticale varia, perchè è simpatica e parasimpatica e dipende, nell'uomo, dalle condizioni generali, e, nell'animale da esperimento, dal tipo d'anestesia usato.

R. L. Cronch e J. Kermut Thomson (*Journ. of Nervous and mental diseases*, marzo 1939) condussero degli esperimenti su cani, gatti e scimmie.

Nei gatti ebbero dilatazione pupillare larga dopo stimolazione del giro frontale o di quello sigmoidale. La dilatazione invece non era costante nè ampia colla stimolazione della parte anteriore del giro laterale o di quello coronale. Le zone più sensibili sono state quelle attorno al solco crociale. Trattandosi di reazione simpatica, fu paralizzato il simpatico coll'ergotina; però, mentre si ebbe subito costrizione pupillare, si ebbe ugualmente dilatazione dopo stimolazione corticale in un caso in cui fu adoperato 1 mgr. di ergotossina, nessuna dilatazione in un caso in cui furono adoperati 3 mgr. di ergotossina.

Gli stessi risultati diedero gli esperimenti sui cani.

Nelle scimmie si aveva dilatazione pupillare per stimolazione dei tre quarti superiori del giro precentrale o della parte superiore del giro frontale con eccezione del polo anteriore. Nelle scimmie le reazioni erano state bilaterali in tutte meno una.

La stessa zona corticale che produceva dilatazione pupillare produceva cambiamenti della pressione arteriosa (in generale aumento, rare volte diminuzione) nei gatti. Nei cani gli effetti dello stimolo sulla pressione furono molto incerti, mentre nelle scimmie si ebbero costantemente modificazioni per stimolazione di qualunque parte dei due terzi superiori del giro frontale superiore e di porzione del giro precentrale.

Le stesse zone corticali stimolate, producevano aumento della frequenza del polso nei gatti, azione dubbia nei cani. Nelle scimmie la zona sensibile capace di modificare la frequenza del polso era più estesa.

Durante gli esperimenti di stimolazione corticale si osservarono altri fatti. abbondante deflusso di saliva, di tipo sieroso come si ha per stimolazione simpatica. Inoltre si osservarono rumori addominali, minzione e defecazione.

Gli AA. ritengono che la corteccia agisca su tutto il sistema autonomo complessivamente piuttosto che su determinate parti, e che questa proprietà appartenga solo ad una parte della corteccia nettamente circoscritta. Le reazioni autonome di origine corticale non dipendono dalle connessioni nervose colla regione motoria, ma dagli impulsi sensoriali raccolti nell'ipotalamo. Inoltre non ci sono zone corticali del simpatico separate da quelle del parasimpatico.

L.

VARIA

La statura degli svedesi.

È stato portato a termine con la consueta diligenza e precisione dall'Ufficio Centrale Statistico di Stoccolma ha compiuto un'inchiesta sulla statura delle reclute svedesi, in questi ultimi decenni. Nel 1885 l'altezza media dei giovani soldati era di 169 centimetri, nel 1905 di 171,3, nel 1925 di 172,3, oggi è di 173,1. Poichè la statura nella maggioranza degli uomini, aumenta dai 20 ai 27 anni di età, in ragione di un paio di centimetri, ne risulta che la statura media degli svedesi oggi è di m. 1,75 abbondanti. Essi vengono a costituire il popolo più alto d'Europa. Gli scozzesi raggiungono una media di 174,6 centimetri, ed i russi di 174,8.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

La riforma della Previdenza Sociale.

Nel Ventennale della Fondazione dei Fasci di Combattimento, il Consiglio dei Ministri del 15 marzo 1939 ha approvato, su proposta del Duce, un disegno di legge concernente il riordinamento della previdenza sociale.

Con tale provvedimento si realizzano le direttive date dal Duce e già approvate dal Gran Consiglio del Fascismo in materia di miglioramento delle assicurazioni sociali, e cioè:

1) Si migliora tutto il congegno della assicurazione obbligatoria per l'invalidità e la vecchiaia;

2) Si aumenta la misura dell'indennità corrisposta dall'assicurazione contro la disoccupazione involontaria;

3) Si estende all'assicurazione tubercolosi il principio della maggiorazione delle indennità in relazione ai figli a carico;

4) In luogo dell'assicurazione di maternità limitata alle lavoratrici dell'industria, del commercio e dell'agricoltura, allo scopo di indennizzare la perdita del salario durante i periodi di riposo obbligatorio, s'istituisce la nuova assicurazione per la nuzialità e la natalità, allo scopo di provvedere più largamente e compiutamente alle necessità della famiglia sia al momento della sua formazione che a quello del suo accrescimento, garentendo in caso di matrimonio di un assicurato (uomo o donna) ed anche di una figlia di assicurato, o in caso di nascita di un figlio di assicurato, un corrispondente assegno.

Gli assegni di nuzialità, per evidenti ragioni di carattere demografico, sono sottoposti alla condizione che gli sposi non superino i 26 anni, e quelli di natalità sono in misura crescente secondo l'ordine di generazione di ciascun figlio.

La campagna antitubercolare.

Il Ministero dell'Interno ha diramato la seguente circolare al Governatore di Roma e ai Prefetti del Regno:

La campagna antitubercolare, che si svolgerà nel corrente anno, riveste un carattere di particolare importanza, dato che una parte dei proventi sarà destinata al finanziamento dell'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi dei maestri elementari e direttori didattici, di cui al R. D. legge 21 dicembre 1938, n. 2202, secondo le norme che saranno stabilite con provvedimento legislativo, in corso di approvazione e il restante sarà da ciascun Consorzio impiegato per intensificare il ricovero dei malati di tbc. appartenenti alla G.I.L., non abbienti, su richiesta dei Comandi Federali ai quali i Consorzi provinciali antitubercolari comunicheranno la somma a disposizione pel ricovero di cui sopra.

In vista di questo nuovo e alto compito sociale affidato alle manifestazioni annuali antitubercolari, nell'interesse della benemerita classe dei maestri elementari e direttori didattici e per la difesa dell'infanzia, occorre che svolgiate il massimo personale interessamento per il pieno successo della campagna, la quale comprenderà, come nei decorsi anni, la Giornata delle Due Croci fissata al 14 maggio p. v., e la vendita del francobollo antitubercolare, che avrà inizio lo stesso giorno 14 maggio e continuerà fino al 7 giugno p. v.; data in cui dovrà cessare improrogabilmente ogni manifestazione del genere, a qualsiasi titolo.

L'incarico dell'organizzazione e dello svolgimento delle dette manifestazioni è stato, anche quest'anno, affidato alla benemerita Federazione Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, la quale si avvarrà, come nei decorsi anni, della collaborazione della Croce Rossa Italiana.

Inoltre nella riunione di una apposita Commissione Ministeriale per l'approvazione del programma della IX campagna antitubercolare — presieduta dal Direttore Generale della Sanità Pubblica ed alla quale hanno partecipato i rappresentanti di S. E. il Ministro Segretario del Partito Nazionale Fascista, della Croce Rossa Italiana, dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, dell'Opera Nazionale Maternità e Infanzia, il Capo della Divisione che tratta i servizi antitubercolari, il rappresentante della Federazione Naz. Fascista per la lotta contro la tubercolosi e quello dei Consorzi provinciali antitubercolari in persona del Direttore del Consorzio di Roma — si è avuta la assicurazione che il Partito Nazionale Fascista, attraverso le sue organizzazioni, darà la sua autorevole collaborazione allo svolgimento delle manifestazioni relative ed analogo appoggio sarà dato dal Ministero dell'Educazione Nazionale; di modo che il compito dell'organizzazione e attuazione nelle singole Provincie sarà notevolmente agevolato, potendo Voi fare sicuro affidamento sulla efficace cooperazione di cui sopra.

Le istruzioni circa le modalità di esecuzione e la fornitura del relativo materiale di propaganda e di vendita al pubblico saranno, fra breve, diramate da detta Federazione, tenuto conto dei seguenti criteri di massima fissati dalla predetta Commissione Ministeriale:

1) limitare l'offerta al pubblico a fiori freschi e ad un distintivo di metallo raffigurante gli emblemi della Croce di Lorena e della Croce Rossa e recante la indicazione dell'anno dell'Era Fascista;

2) adottare, oltre ai francobolli chiudi-lettera diffusi nei decorsi anni al prezzo di L. 0,10 di formato normale, altri di formato grande e di vario prezzo per enti, organizzazioni, istituti, ditte, ecc.;

3) diramare, per l'affissione in tutti i Comuni del Regno, un unico cartello di propaganda, contenente concise frasi sui canoni fondamentali di difesa dal contagio, nonchè ornamenti di raffigurazioni allegoriche.

Confido che la campagna antitubercolare, assurta a particolare importanza e snellita nel suo svolgimento, non mancherà di dare i più lusinghieri risultati ed al riguardo Vi rivolgo vive premure perchè tutte le energie interessate siano dirette al raggiungimento dei fini che la campagna si propone, nell'interesse sociale della difesa sanitaria della razza.

Attendo un cortese, sollecito cenno di ricevuta e di assicurazione.

Pel Ministro: F.to BUFFARINI.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

L'obbligatorietà della vaccinazione antidifterica.

Il Consiglio dei Ministri del 15 marzo XVII ha approvato uno schema di disegno di legge concernente l'obbligatorietà della vaccinazione antidifterica.

Gli studi ed i controlli effettuati sulla efficacia immunizzante della vaccinazione antidifterica hanno indotto a ritenere opportuna tale obbligatorietà.

In accoglimento, pertanto, di analogo voto espresso dal Consiglio superiore di Sanità, è stato approvato questo schema di disegno di legge col quale si stabilisce l'obbligo della vaccinazione antidifterica per tutti i bambini, dal secondo al decimo anno di età.

Cronaca del movimento corporativo.

Il raduno dei medici a Carbonia.

L'auspicio del Duce, che gli Italiani, visitino Carbonia, la città nuovissima che è testimonianza sicura delle capacità costruttive del Regime fascista, è stato accolto dal Sindacato nazionale fascista dei medici. Il giorno 2 aprile si è tenuto a Carbonia l'ultimo raduno interprovinciale sindacale indetto dal Commissario ministeriale, sen. Raffaele Bastianelli, con la partecipazione anche dei Segretari dei Sindacati delle altre provincie del Regno.

I segretari di Cagliari, Sassari e Nuoro hanno esposto la situazione sindacale, professionale e culturale delle rispettive provincie. Il Commissario ministeriale illustrò quanto finora è stato realizzato dal Sindacato nazionale fascista dei medici.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ALESSANDRIA. *Opere Pie Ospedaliere.* — 9 assistenti; titoli ed esami; età limite a. 30. Scad. 6 maggio. Rivolgersi Segreteria.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini ».* — Concorso per titoli ed esami a primario ostetrico-ginecologo, fra medici italiani che abbiano conseguita la laurea in una Università del Regno. Età limite 35-45 anni. La nomina è subordinata all'autorizzazione per l'esercizio della professione in Egitto. Onorari per le operazioni e per i parti delle ricoverate paganti. Per i primi due anni l'Ospedale garantisce un minimo di lire egiziane 500 annue. È consentito l'esercizio della libera professione. Chiedere copia del bando. Documenti al Ministero della Educaz. Naz. (Direz. gen. della Istruz. Super.) in Roma. Scad. 15 luglio 1939-XVII.

ASCOLI PICENO. *R. Prefettura.* — Assistente presso la Sez. med. micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; stip. L. 9000; indenn. suppl. L. 1000; 5 quadrienni dec; c. v. Età limite 32 a. al 31 dic. Scad. ore 16 del 31 maggio.

BOLZANO. *Ospedale Civile.* — Primario della Divisione medica; primario della Divisione chirurgica; titoli ed esami; età limite 45 a. Scad. 31 maggio. Rivolgersi alla Direz. amministrativa.

CUNEO. *Ospedale di S. Croce.* — Assistente medico; titoli; età limite 35 a. se di prima nomina, 40 a. se già in servizio presso altri ospedali. Scad. 29 aprile. Domanda alla Segreteria.

FOGGIA. *Ospedali Riuniti.* — Due aiuti chirurgi; età limite 35 a. Un assistente; età limite 30 a. Titoli ed esami. Scad. 30 apr. Rivolgersi Segreteria.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Primario specialista delle malattie tropicali e subtropicali; titoli ed esami; L. 6000; il concorso è riservato ai sanitari di sesso maschile; età limite 45 a. al 19 marzo; per le altre condizioni chiedere copia del bando. Scad. 19 maggio, ore 17. Rivolgersi alla Segreteria (Ospedale San Martino).

MILANO. *Istituto Sieroterapico Milanese.* (Fondatore Sen. Serafino Belfanti). — Direttore dell'Istituto; stip. L. 80.000; garanzie e forme di previdenza disposte dalle leggi sull'impiego privato. Età limite 32-50 anni alla scadenza del concorso. Chiedere annunzio. Scad. ore 12 del 31 maggio. Rivolgersi alla sede, via Darwin 20, Milano.

MORTARA (Pavia). *Ospedale S. Ambrogio.* — Primario chirurgo; titoli; età limite 45 a. Scad. 5 maggio. Rivolgersi Segreteria.

NARNI (Terni). L'*Ospedale Civile* di Narni assumerebbe subito interinalmente, in attesa di regolare concorso, Aiuto già pratico servizio chirurgico ospedaliero. Inviare domanda e Curriculum all'Amministrazione dell'Ospedale Civile, Narni (Terni).

ROMA. *Ministero della Marina.* — Con decreto ministeriale 25 marzo 1939-XVII il termine per la presentazione delle domande documentate, per la ammissione al concorso per 25 posti di tenente medico in S. P. E. nella R. Marina, di cui alla notificazione in data 8 dicembre 1938-XVII, è stato prorogato fino a tutto il 27 aprile 1939-XVII.

I concorrenti residenti nei territori italiani dell'Africa e nei possedimenti italiani dell'Egeo o all'Estero, potranno essere ammessi al concorso presentando entro il 27 aprile 1939-XVII la sola domanda, salvo a produrre i documenti almeno cinque giorni prima della data di inizio delle prove scritte di esame, le quali cominceranno il 15 maggio.

ROMA. *Istituto Provinciale per l'Assistenza all'Infanzia.* — Ispettore medico centrale; stip. lire 11.200; indenn. serv. att. L. 2240; 4 quadrienni dec.; indennità annua L. 1500. Sono escluse le donne. Età limite 35 anni al 10 marzo. Scad. ore 12 del 20 giugno. Domande e documenti al Preside della Provincia. Per copie del bando e per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale, via IV novembre 119-A (Palazzo Provinciale).

ROMA. *R. Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori.* — Concorso per « titoli » e per esami congiuntamente per la nomina di tre tecnici preparatori: due per la Sezione di biologia sperimentale e uno per la Sezione di chimica biologica del R. Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori.

Gli aspiranti che intendono prendere parte al concorso devono presentare alla Segreteria dei RR. Istituti Fisioterapici Ospitalieri in Roma (Viale Regina Margherita 295) non più tardi delle ore 12 del giorno 5 giugno 1939-XVII, la domanda di ammissione al concorso, specificante il posto al

quale aspirano, stesa su carta da bollo da L. 4 e corredata dai documenti di rito e dai titoli prescritti.

L'assegno giornaliero, per i tecnici preparatori, è fissato in L. 24 con tre aumenti quinquennali in ragione di L. 400 annue, oltre l'aggiunta di famiglia, come per i dipendenti dello Stato. Gli assegni e le indennità sono soggette alle riduzioni e agli aumenti come per legge. Agli aspiranti vincitori del concorso saranno corrisposti durante l'anno di prova i 9/10 della paga giornaliera oltre l'aggiunta di famiglia.

Per informazioni e per avere copia del Bando rivolgersi alla Segreteria dei detti Istituti.

Roma, 5 aprile 1939-XVII.

Il R. Commissario: A. MESSEA.

ROMA. *Ministero dell'Educazione Nazionale.* — È bandito il concorso a direttore della Scuola di Ostetricia di Catanzaro. Termine utile per la presentazione dei documenti 31 maggio; per i concorrenti che si trovino all'estero, nell'Africa Italiana e nei Possedimenti italiani, è consentita la sola presentazione delle domande all'epoca indicata, mentre i documenti possono essere presentati fino al 31 giugno.

TREVISO. *Opere Pie Riunite Ospedale Civile « Elena di Savoia » - Istituto Esposti.* — Primario della Divisione di Urologia dell'Ospedale; L. 6700; scad. ore 12 del 30 aprile. Età limite 45 anni al 28 febbraio. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Amministraz. dell'ospedale, riviera Garibaldi, 13.

VENEZIA. *Opera Pia G. G. Giustiniani* (Ricovero Cronici). — Medico di Sezione; titoli. Chiarimenti alla sede. Scad. ore 17 del 31 maggio.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli scientifici e pratici è aperto il concorso ad un posto di medico primario per l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Vercelli. Scadenza ore dodici del 15 giugno 1939-XVII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Provinciale. *Il presid.*: BUSCA.

RR. Prefetture.

Proroga della presentazione dei documenti per i concorsi sanitari.

In esecuzione delle disposizioni impartite dal Ministero dell'Interno, Direzione generale di sanità pubblica, si avverte che il termine per la presentazione delle istanze per l'ammissione ai concorsi sanitari condotti indetti a suo tempo dalle RR. Prefetture, è stato prorogato a tutto il 20 agosto p. v.

In conseguenza di ciò gli interessati dovranno presentare, entro il termine predetto, le domande corredate dai prescritti documenti.

Sono indetti i seguenti concorsi:

A) per condotte mediche nelle province di:

Alessandria, 17 posti: proroga 20 agosto;
Ascoli Piceno, 9 posti; proroga al 20 agosto;
Como, 5 posti; proroga 20 agosto;
Firenze, 10 posti (2 nel capol.); proroga 20 agosto;
Novara, per 9 posti; scad. 30 nov.;
Nuoro, 8 posti; proroga 20 agosto;
Pisa, 6 posti (1 nel capol.); proroga 20 agosto;
Pola, 6 posti; proroga 20 agosto.

B) per ufficiale sanitario e medico capo dell'Ufficio d'igiene di:

Campobasso ed uniti; scad. 30 aprile.
Milano, per 11 consorzi; scad. 31 maggio, ore 12;
Pavia, due consorzi (stip. L. 18.000, 5 aumenti (rimborso spese di viaggio L. 6000); scad. 30 maggio, ore 18.

C) per medico addetto all'ufficio di assistenza sanitaria del comune di Novara; L. 16.000 aumentabili; scad. 20 agosto.

D) per Dispensari antivenerei:

Alessandria, dirigente sanitario del Dispens. municipale di Casale Monferrato; scad. 30 aprile, ore 18.

E) per i Laboratori provinciali d'igiene e profilassi, Sez. med.-micrograf.:

Ravenna, coadiutore; scad. 30 giugno, ore 18;
Rieti, coadiutore; scad. 30 luglio;

Per i bandi di concorso, schiarimenti ed altre informazioni rivolgersi alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

Consorzi provinciali antitubercolari.

Chieti, per 2 medici direttori di Sezioni; scad. 23 maggio. Rivolgersi alla Segreteria.

Concorsi a premi.

Concorso fra medici nell'A. O. I.

In occasione dell'inaugurazione della nuova sede della Banca d'Italia in Harar, la Direzione dell'Istituto ha erogato la somma di lire 14 mila da dividersi in due premi da mettere a concorso fra medici civili e militari nel territorio dell'A. O. I. su temi relativi alla cura della lebbra e alla profilassi e cura della malaria tropicale.

Premio « Ferdinando Micheli ».

Per il 1939-XVII l'Ente nazionale di propaganda per la prevenzione degli infortuni (E.N.P.I.) mette in palio sei premi intitolati a Ferdinando Micheli così divisi: uno da L. 2000, uno da L. 1000, quattro da L. 500, allo scopo di dare incremento agli studi sulla Medicina industriale in Italia.

Possono concorrere tutti i lavori originali di medici italiani che trattino di qualsiasi argomento interessante la Medicina del Lavoro con speciale riguardo alla prevenzione delle malattie e degli infortuni. I lavori dovranno essere inediti, dattilografati in triplice copia e rimessi alla Direzione Sanitaria dell'E.N.P.I. (via Mario Gioda 2, Torino) in piego raccomandato, contraddistinto da un motto che deve essere ripetuto su una busta sigillata contenente nome, cognome e indirizzo del concorrente. La pubblicazione sulla « Rassegna di Medicina Industriale » dei motti dei lavori presentati al Concorso servirà di ricevuta agli autori.

Il concorso scade il 31 luglio 1939-XVII.

Il presidente dell'E.N.P.I. nominerà la Commissione scientifica che giudicherà collegialmente.

I manoscritti dei lavori apparterranno di diritto all'E.N.P.I. che si riserva di pubblicare sulla sua « Rassegna di Medicina Industriale », oltre a quelli premiati, anche i meritevoli di speciale considerazione.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Con recente D. R., S. M. il Re Imperatore ha nominato, *motu proprio*, Grande Ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia il prof. Ermanno Mingazzini, incaricato di Urologia presso l'Università di Roma e primario urologo degli Ospedali.

Al valoroso collega Mingazzini che onora il nostro periodico della sua preziosa collaborazione, vadano le nostre più calorose espressioni di cordialissimo compiacimento. A. P.

Il prof. Alberto Perazzi è nominato primario del Sanatorio di Vialba.

Il dott. Angelo Maria Cicchitto ha conseguita la libera docenza in parassitologia. Cordiali rallegramenti all'insigne studioso, nostro collaboratore ed amico.

In seguito a disposizioni del Ministro dell'Africa Italiana, il prof. Alberto Ciotola, direttore dell'Ospedale Principale di Tripoli, è stato nominato ispettore della Sanità Pubblica per la Libia. A succedergli interinalmente nella direzione del nosocomio predetto, è stato chiamato il primario più anziano, prof. Emanuele Casati.

In occasione del 50° anniversario dell'Università di Sofia, il Consiglio accademico ha deciso di assegnare il titolo di dottore *honoris causa* al prof. Eugenio Morelli, come ne demmo già notizia, e al prof. Agostino Gemelli, rettore dell'Università Cattolica di Milano.

NOTIZIE DIVERSE

Le Assisi italiane di Medicina e Chirurgia assorbite dal Sindacato Nazionale.

È intendimento del Commissario sen. Bastianelli che il Sindacato nazionale fascista dei medici soddisfi nel modo migliore il compito ad esso affidato di curare la diffusione tra i propri inscritti della cultura medica sia scientifica che pratica.

A tal fine, d'intesa con il prof. Luigi Zoia, fondatore delle assise italiane di medicina generale, il Sindacato nazionale fascista dei medici ha assorbito l'istituzione, che assumerà la denominazione di « Assise italiane di medicina e chirurgia generale del Sindacato nazionale fascista dei medici ».

Nei prossimi fascicoli de « Le Forze Sanitarie » saranno pubblicate le norme che regoleranno il funzionamento delle Assise, così al centro come alla periferia.

3° Congresso internazionale del cancro.

Come abbiamo già anuunziato, si terrà sotto gli auspici dell'Unione Internazionale contro il cancro, in Atlantic City, New Jersey, S. U. d'A., allo Haddon Hall Hotel, dall'11 al 16 settembre 1939. Presidente: prof. Francis Carter Wood, direttore dell'Institute of Cancer Research, Columbia University, 630 West, 168 Street, New York. Segretario tesoriere: dott. Donald S. Childs, 713, E. Genesee Street, Syracuse, New York. Organizzatore dell'esposizione scientifica: dott. Eldwin R. Witwer, Harper Hospital, X-Ray Departmente, Detroit, Michigan. Organizzatore dell'esposizione commerciale e trasporti: dott. A. L. Loomis Bell, Long Island College Hospital, Brooklyn, New York.

L'iscrizione al Congresso si ottiene mediante domanda al segretario tesoriere dietro rimessa di dollari 15. L'assegno dovrà essere intestato al III° congresso internazionale del cancro ed inviato al dott. Donald S. Childs, 713, E. Genesee Street, Syracuse, New York.

La partecipazione al Congresso non dà diritto a presentare comunicazioni senza preventiva approvazione del Comitato del congresso dietro presentazione delle comunicazioni o di un riassunto. Tutte le comunicazioni devono essere lette di persona dell'Autore. In nessun caso può essere accettata una comunicazione senza relativo riassunto. I riassunti devono essere ricevuti prima del 1° maggio 1939. Il Comitato del congresso si riserva il diritto di rifiutare le comunicazioni. Il suo giudizio è inappellabile. Per tutte le comunicazioni ed estratti e per le questioni relative bisogna rivolgersi al prof. Francis Carter Wood, presidente del III° congresso internazionale del cancro, 630 West, 168 Street, New York, N. Y.

È possibile la proiezione di diapositive nelle misure usuali (8 ½ × 8 ½ o 9 × 12). È pure possibile la proiezione di film della misura di 16 e 35 mm. I proiettoscopi per la dimostrazione di roentgenogrammi in tutte le misure sono stati forniti dalle Ditte Carlo Zeiss e E. Leitz.

La Ditta Thos. Cook & Son, Wagons Lits è l'agente ufficiale di viaggio per il congresso. Informazioni relative a passaporti, trasporto di apparecchi scientifici, speciali disposizioni per la traversata, viaggi in treno o altro negli Stati Uniti, possono essere date dalle succursali della Ditta medesima in tutto il mondo.

I congressisti sono avvertiti che le dogane degli Stati Uniti richiedono un deposito pari al 125 % del valore dichiarato delle diapositive, film, strumenti, apparecchi e altro materiale commerciale, prima dell'importazione. Per facilitare i congressisti la Ditta Tho. Cook e Son è disposta a fare questo deposito ed espletare tutte le pratiche con il governo degli Stati Uniti attraverso gli uffici doganali

L'Albergo Haddon Hall in Atlantic City è il quartiere ufficiale per tutte le attività del Congresso e può fornire camere e pensione a tutti i partecipanti. Per le prenotazioni e i prezzi rivolgersi alla Segreteria del Congresso, o alla Ditta Tho. Cook e Son, o all'Albergo Haddon Hall.

Tutte le informazioni, escluse quelle riguardanti l'iscrizione, trasporti o esposizione, possono essere richieste al Presidente del Congresso.

Indirizzo telegrafico: Crockwood, New York.

Il congresso non assume nessuna responsabilità per le perdite, o danni arrecati ai film, diapositive, istrumenti, apparecchi, manoscritti, lavori o altro, raccomanda che gli oggetti di valore siano assicurati dal proprietario o espositore.

Le Sezioni del congresso sono stabilite come segue: ricerche generali, biofisica, genetica, patologia generale del cancro, chirurgia, diagnosi radiologica, radioterapia, statistica e propaganda. Ulteriori dettagli riguardanti i presidenti di Sezione ed i Comitati, verranno comunicati.

Il potenziamento delle stazioni termali della Sicilia.

In Palermo, al Palazzo del Governo, ha avuto luogo una importante riunione, presieduta da

S. E. il Prefetto, allo scopo di esaminare alcune proposte volte ad assicurare un più alto potenziamento delle principali Stazioni Termali della Sicilia, e cioè: Acireale, Castroreale, Termini Imerese e Sciacca, con riserva di occuparsi, in secondo tempo, delle altre Terme solo in parte valorizzate.

Il grand'uff. Rebucci, dopo aver lodato l'iniziativa, afferma che tra le indicazioni basilari del termalismo vi sono quelle che si riferiscono al vastissimo campo delle affezioni reumatiche ed artritiche, le quali rappresentano nell'economia del lavoro umano un flagello di conseguenze forse più gravi di quelle, tanto deplorate, dovute alla tubercolosi. Le Terme Siciliane hanno comune, come campo di indicazione terapeutica, le manifestazioni artritiche e reumatiche e conviene considerare questa peculiare circostanza di fatto in rapporto colla diffusione, nei paesi nordici specialmente, degli accennati malanni. La maggioranza dei frequentatori dei più noti stabilimenti dotati di acque termali od ipertermali è costituita da reumatici od artritici che accorrono, specie nei mesi di più mite temperatura, dai più lontani paesi. Se pertanto si considera la mitezza del clima come buona alleata del trattamento curativo degli artritici e dei reumatici, si ha l'immediata impressione dello straordinario valore delle Terme Siciliane per le cure invernali, quando praticamente quasi dovunque gli stabilimenti termali sospendono la loro attività.

Dopo lunga discussione, sulla quale interloquirono la maggior parte degli intervenuti, si addivenne alla proposta della costituzione di un Consorzio o Società di gestione fra le Terme Siciliane che avrebbero il grande vantaggio di consentire cure idrotermali nella stagione invernale.

I proff. Giuffrè, Lafranca e Calandra, specialmente, affermarono la necessità di una vasta azione parallela nel campo medico, soprattutto col diffondere lo studio dell'idrologia nelle giovani generazioni di medici, ed anche per definire la specializzazione terapeutica delle rispettive acque per ognuna delle stazioni termali, elemento questo determinante della maggiore serietà della prescrizione del medico e di maggiore fiducia da parte della clientela bisognevole di cure idropiniche.

Il Prefetto Cavalieri, prima di sciogliere la seduta, si disse lieto dell'iniziativa che potrà apportare una feconda attività al termalismo siciliano, contribuendo notevolmente anche al potenziamento autarchico dell'Italia Fascista.

Una conferenza.

Sotto gli auspici dell'Istituto Fascista di Cultura di Palermo, e per iniziativa del Presidente della « Primavera Siciliana », il grand'uff. Augusto Mario Rebucci, consigliere nazionale e presidente della Fed. Naz. Fascista degli Esercenti le Industrie Idro-Termali, ha tenuto in Palermo una conferenza sul tema: « Soggiorni di Salute ».

L'O. ha ricordato che è stato col Fascismo che le cure termali si inserirono nel complesso quadro dei problemi da risolvere integralmente.

È stato il Regime a creare e potenziare le Colonie climatiche per la tutela dei nostri bimbi, cosicchè da cifre irrisorie si è giunti, attraverso il magnifico sforzo degli organi fascisti, a 4.400 Colonie, ove 800.000 bambini vengono curati ed assistiti amorevolmente.

Ha passato in rapida rassegna i principali stabilimenti termali dei quali molti appartengono allo Stato, accennando a tutti gli altri ove l'organizzazione sanitaria ed igienica non risponde sempre alle molteplici esigenze attuali, cosicchè molte stazioni che, per le loro condizioni climatiche e per la ricchezza delle loro acque, potrebbero costituire oltre che un enorme vantaggio economico, stazioni magnifiche di cura, non sono adeguatamente valorizzate.

L'O. ha mostrato, con numerose proiezioni, la complessa e benefica opera svolta dal Regime a favore delle classi lavoratrici, specialmente per l'interessamento dell'Istituto Naz. Fascista della Previdenza Sociale e del suo presidente S. E. Biagi.

Celebrazione di Giuseppe Flaiani.

Per iniziativa della Società medico-chirurgica degli Abruzzi e sotto l'egida del Sindacato provinciale medico fascista, che ne ha assunta l'organizzazione, nel prossimo settembre i medici italiani si aduneranno a congresso a Teramo, per ricordare e celebrare il chirurgo Giuseppe Flaiani, del quale ricorre quest'anno il bicentenario della nascita.

Il significato di questa manifestazione di scienza richiamerà certamente a Teramo nel prossimo autunno una ricca schiera di maestri della medicina e della chirurgia italiana e di docenti ospedalieri, cui faranno corona i medici della regione. Ed il pellegrinaggio di questi cultori delle discipline mediche ad Ancarano, dove, sulla casa natale del Flaiani, verrà scoperto un ricordo marmoreo, costituirà un riverente e devoto omaggio al grande chirurgo, all'anatomico insigne che onorò l'Italia con la sua mente e le sue opere.

Onoranze a Spallanzani.

L'Università di Pavia ha tributato solenni onoranze alla memoria di Lazzaro Spallanzani di Scandiano.

La celebrazione comprendeva l'inaugurazione di un monumento, il discorso dell'accademico Bottazzi che ha il grande merito di aver fatto ristampare dall'Accademia d'Italia, annotandole, le opere dell'immortale scienziato, e inoltre una serie di discorsi e di convegni scientifici, con intervento di illustri scienziati stranieri.

La conclusione delle feste si è tenuta a Reggio Emilia, con la visita di quel Museo di storia naturale che fu per il geniale abate Spallanzani causa di tanti dolori, a causa della perfida accusa di avere per arricchirlo manomesso le raccolte della Università Pavese.

Storia dei premi Riberi.

Il prof. Bobbio, presidente della Reale Accademia di Medicina di Torino, ha fatto nella seduta del 25 novembre 1938 un'interessante storia dei premi Riberi.

I premi Riberi sono stati finora 15: dapprima attribuiti ogni 3, poi ogni 5 anni, sono ora divenuti settennali.

Il 1° premio (1862-64) non fu assegnato.

Il 2° premio (1865-67) fu assegnato al prof. Bruns di Tübinga per i suoi originali studi sulla laringoscopia e chirurgia laringoscopica.

Il 3° (1868-70) venne assegnato al Corradi di Firenze per i suoi studi di chirurgia urologica,

fra 49 concorrenti fra i quali Lombroso, Lussana, Villemin.

Al 4° (1871-73) parteciparono 17 concorrenti; vincitore fu Maurizio Schiff di Firenze per le ricerche di fisiologia patologica del midollo spinale.

Il 5° (1874-76) non fu aggiudicato.

Il 6° (1880-82) vide premiato il Bizzozero per i suoi studi fondamentali sulle piastrine e sulla coagulazione del sangue.

Il 7° (1882-86) fu assegnato a His, illustre embriologo tedesco.

L'8° venne attribuito nel 1893 a Camillo Golgi; vi partecipò anche Laveran.

Il 9° non ebbe vincitori: vi parteciparono Muzio Pazzi, Chipault, Guarnieri.

Il 10° (1897-1902) fu assegnato a Grassi per le ricerche sulle zanzare malarigene.

L'11° (1902-06) vide premiato Gosio per gli studi sulle bioreazioni dell'arsenico, tellurio e selenio.

Il 12° fu assegnato a Pagliani per il suo Trattato di Igiene.

Il 13° venne attribuito nel 1920 al Vanghetti per gli studi sulle amputazioni cinematiche.

Il 14° (1920-27) vide ben 46 concorrenti con 219 memorie; vincitore risultò il Bottazzi.

Infine il 15° ed ultimo premio (1928-34) fu aggiudicato, su 39 concorrenti con 275 memorie, al Pentimalli per i suoi contributi sperimentali allo studio dei tumori.

L'abuso di alcool e tabacco combattuto in Germania.

Per recente disposizione del capo delle organizzazioni di propaganda commerciale tedesche, è vietato ai fabbricanti di bevande alcooliche di fare reclame per i propri prodotti valendosi dell'argomento che l'uso di tali preparati è consigliabile per motivi igienici. Il consumo di alcool e di tabacco è poi vietato agli appartenenti alle organizzazioni giovanili tedesche, in tutti i locali di esercitazioni, di riunione o di svago.

Il maresciallo Goering, nella sua qualità di comandante supremo dell'aeronautica, ha ordinato di limitare l'abuso dell'alcool e della nicotina per gli appartenenti all'arma, vietando fra l'altro che nelle sale di convegno dei militari siano stabiliti dei bar; che siano servite bevande alcooliche a soldati già brilli; inoltre che si beva alcool immediatamente prima di prendere servizio, di fumare per la strada od in marcia o durante le istruzioni, ecc. È vietata poi la vendita dei vini e tabacchi esteri nelle cantine e nelle sale di convegno. Queste non potranno in nessun caso esser tenute aperte all'infuori delle ore stabilite dalla polizia.

Nella motivazione del decreto il maresciallo Goering dichiara di non voler sopprimere l'uso dell'alcool e del tabacco, ma di considerare come un obbligo d'onore per il popolo tedesco la lotta contro l'abuso di tali eccitanti.

Azioni giudiziarie.

A Friburgo (Svizzera) nel 1934 un pedone veniva investito da un tassì; gli si dovette amputare la gamba sinistra; egli riportò anche una lussazione al gomito sinistro, che non potè essere ridotta. La Compagnia d'assicurazione dell'autista venne condannata a corrispondere 45.000 franchi svizzeri (circa 200.000 lire it.), di cui 5 mila per spese di protesi e per cure. La causa è giunta ora al Tribunale federale, che ha giudicato in ultima istanza, attribuendo 90 % di responsabilità all'autista e 10 % al pedone, il quale era stato alquanto distratto. La Compagnia d'Assicurazioni chiedeva una forte riduzione in quanto l'infortunato non si era voluto lasciar operare al gomito; il Tribunale però ha respinto la richiesta, perchè non sussiste l'obbligo di sottoporsi ad interventi; d'altronde il perito dichiarava che le probabilità di buona riuscita dell'operazione cruenta sarebbero state solo del 50 %.

Un po' dovunque.

Si è inaugurato a Parigi il 23 marzo, sotto la presidenza del sen. Justin Godart, l'Istituto di recupero funzionale e professionale. Il dott. Gabriel Bidou, direttore generale dell'Istituto, tenne una conferenza sull'energometria, metodo di misura del lavoro umano, da lui introdotto. Le lezioni si tengono nella sede dell'Istituto e per corrispondenza. I lavori pratici hanno luogo all'Assistenza pubblica e nell'Ospedale Santa Isabella di Neuilly (fondazione Martinez de Hoz).

La Facoltà medica di Parigi in cooperazione con « Associazione per lo sviluppo delle relazioni mediche con l'Estero » e con l' « Associazione Medica Americana » di Parigi, ha organizzato una serie di corsi in inglese, che inizieranno dalla metà di giugno.

Alla Regina Madre del Belgio è stata assegnata la medaglia « Florence Nightingale », la più alta distinzione concessa alle dame della Croce Rossa.

Si ha notizia da Stoccolma che un'areo-ambulanza è precipitata, per cause non bene precisate, a nord della Svezia. Quattro persone che erano a bordo, e si ha ragione di ritenere anche una malata che doveva appunto essere trasportata al luogo di destinazione, sono tutte decedute. Forse l'apparecchio ha battuto contro una roccia, volando a bassa quota.

Con decreto prefettizio del 4 marzo è stato costituito in Sassari il Consorzio provinciale per la lotta contro i tumori maligni. Fanno parte del Consorzio l'Amministrazione provinciale, la Federazione provinciale per la lotta contro le malattie sociali, l'Università, i comuni di Sassari, Alghero, Tempio, La Maddalena e Ozieri e la Sezione di Sassari della Lega italiana per la lotta contro i tumori maligni.

In occasione del 10° anniversario della morte di Giuseppe Cirincione, il prof. A. Cucco ha ricordato le benemerenze del grande oftalmologo ne « La Settimana Medica » del 9 marzo.

Il generale Leonidas Trujillo Molina, ex presidente della Repubblica di San Domingo, ha donato 5 apparecchi detti « polmoni d'acciaio » all'ospedale Beaujon di Parigi.

I giornali hanno dato ampie notizie sull'orribile catastrofe dei Grigioni; a Fidaz, presso Films, un sanatorio di bambini, detto Sunnenschüssli o « Casetta del sole », è stato sepolto da una frana provocata dal disgelo; si sono avute 19 vittime, tra bambini e adulti.

Un corso complementare d'igiene pratica per aspiranti ufficiali sanitari è organizzato nell'Università di Padova, a partire dal 15 maggio, per la durata di due mesi. Modalità consuete. Versamento, alla Cassa dell'Economato, di L. 501.

Indirizzi di omaggio al sen. Giacinto Viola che, come è noto, ha dovuto lasciare per motivi di salute la direzione della Clinica medica di Bologna, sono stati espressi dalle Facoltà mediche di Pavia, Pisa e Torino.

Il prof. Fieschi ha tenuto a Pavia, una conferenza sul tema: « Risultati e fini della gastroscopia ».

A Roma è stato organizzato un corso di fisiologia dello sport, tenuto dal prof. Ugo Cassinis.

In Lucca si sono svolte onoranze alla memoria del dott. Pietro Pfanner, medico chirurgo espertissimo e filantropo; ebbe a coprire importanti cariche pubbliche, tra cui quella di sindaco.

A Napoli un medico è stato derubato di un orologio d'oro con catena da una finta cliente, che aveva inscenato un violento litigio col presunto marito, andato a trovarla durante la visita. Altri professionisti erano stati derubati con lo stesso stratagemma. I due ladri e l'incettatore sono stati individuati e tratti in arresto.

Proveniente da Cadice, il 5 aprile è giunta a Napoli la nave ospedale « Gradisca », con a bordo 607 legionari feriti o convalescenti, che parteciparono alle epiche giornate della Spagna.

L'effettivo del corpo di sanità coloniale in Francia è stato aumentato del 10 %, ossia di 120 unità.

La Corte di Cassazione ha annullato una sentenza del Tribunale di Roma che, giudicando in appello, aveva assolto un gruppo di « pentecostali» (così detti « tremolanti »), già condannati dal Pretore a tre mesi di reclusione ciascuno perchè la loro riunione non era stata autorizzata a norma della legge di P. S. Altri due ricorsi del genere saranno pure esaminati dalla Corte Suprema.

È deceduta la sig.na Lucy Poster Sutton, professoressa di pediatria alla Università Columbia di New York, per una leucemia acuta.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Presse Méd., 30 nov. — H. Warembourg e al. Lo spasmo arteriolare nell'insuffic. cardiaca.

Giorn. di Med. Mil., ott. — Lang. Ereditarietà. — Fiume. Depuraz. dei fanghi funzionanti da filtri sommersi.

Pathologica, 15 nov. — G. Giangrasso. Anafilassi e patogenesi dell'ulcera del neostoma.

Practitioner, dic. — Malattie da freddo.

Paris Méd., dic. Terapia.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Medic. sociale.

Wien. Klin. Woch., 2 dic. — L. Aschoff. Trombosi ed embolie.

Arch. di Patol. e Cl. Med., nov. — M. Rigoni e G. Barberis. Terapia digitalica. — G. Monasterio. Ricambio dei lipidi e dei carotinoidi nel diabete insulare.

Med. Klinik, 2 dic. — Referendum sulla chemoterapia della gonorrea. — R. Schmidt. Diatesi uratica.

Brit. Med. Journ., 3 dic. — R. C. L. Batchelor. Chemoterapia della gonorrea.

Presse Méd., 3 dic. — C. Richet. Carenza aliment. e patologia interna.

Rev. Méd.-Chir., *Mal. du Foie ecc.*, nov.-dic. — H. Mondon e M. Audiffren. Polipeptidemia nelle malattie del fegato.

Giorn. di Cl. Med., 10 dic. — D. Mircoli. Trasfusione di sangue e tracciato elettrocardiograf. — P. Molinari-Tosatti e P. Fornaciari. L'iperglicemia quale fattore di compenso nel diabete m.

Gaz. d. Hôp., 21 dic. — G. Carrière e P.-G. Gineste. Alcuni aspetti attuali dell'isteria.

Deut. Med .Woch., 23 dic. — Schreus e al. Allergine reumatiche. — Braum. Sindrome di Adie.

Klin. Woch., 24 dic. — W. Thiele. Patogenesi dell'anemia ipocromica essenz. — H. W. Hotz. Terapia dello sprue epidemico.

Presse Méd., 21 dic. — M. Petzckaris. La sporotricosi in Grecia. — C. Levaditi. Natura degli ultravirus.

Ann. Inst. Pasteur, dic. — C. Levaditi e al. Chemioterapia antiendotossica.

Giorn. di Batteriol. e Imm., dic. — C. Scartozzi e al. Rapporti tra vitamine e poteri immunitari.

Münch. Med. Woch., 23 dic. — W. Rimpru e al. Febbre dei campi (leptospirosi) nella Baviera meridionale.

Med. Klinik, 23 dic. — F. Klenitz e al. Influenza.

Brit. Med. Journ., 24 dic. — K. M. Robertson. Morbo di Weil da fiume. — Discuss.: Panico da incursioni aeree.

Haematol., *Arch.*, X. — E. Vidari e L. Beltramelli- Cloroleucosarcomatosi. — L. Cotti. Rapporti fra anemia pernic. e carcinoma gastr.

Rev. de Chir., dic. — G. Bonnet e al. Trattam. di certe fratture con novocainizzazione e mobilizzazione immediata.

Accad. Medica, ott. — B. Pirisi. Paralisi facc. da virus poliomielit.

Presse Méd., 28 dic. — G. Poickel. Miocarditi da carenza aliment.

Journ. de Méd. de Lyon, 28 dic. — Anatomia patol.

Acta Med. Scand., III-IV. — J. Mulder. Pasteurella nell'espettorato di bronchitico cronico. — K. K. Mygaard e T. Guthe. Registrazione automatica della r. Wassermann. — K. M. Hansen. Pos-

sibile azione del magnetismo sull'organismo um. — A. ELDHAL. Porfiria acuta.

Presse Méd., 31 dic. — A. JELIGSOHN. Sindrome di Cushing e ipertens. essenz.

Arch. Intern. Med., nov. E. W. ROLAND e al. Cambiamenti nel fegato da congestione cronica passiva. — J. ZISKIND e H. J. SCHATTENBERG. Shock anafilattico mortale nell'uomo. — S. J. MARTIN e L. W. GORHAM. Dolore cronico. — E. C. DICKSON e M. A. GIFFORD. Coccidioidomicosi.

Med. Well., 17 dic. — C. DIENST. Modificazioni della dottrina sulla nutrizione. — M. DREHER. Impiego della reazione reticolocitaria nei ratti.

Riv. di Chir., nov. — C. RENDANO. Ptialoreaz. dello Zambini. — T. GILIBERTI. Varice del collo.

Lancet, 31 dic. — A. F. ROOK e D. J. DAWSON. Ipotensione e volo. — G. M. FINDLAY e al. Malattia « ruotante » nei topi.

Journ. A. M. A., 17 dic. — J. S. LOCKWOOD. Meccanismo d'az. della sulfonilamide. — G. FAHR. Irregolarità cardiache.

Riv. di Chir., dic. — G. TANGARI. Corioepitelioma del testicolo. — F. MANDRUZZATO. Larve di mosca nella cura delle osteomieliti.

Rif. Med., 10 dic. — G. PENNETTI. Acido ossalico e sist. ven.

Acta Med. Scand., V-VI (1937). — C. D. DE LANGEN. Metabolismo dei grassi. — F. EDHEM e al. Levulosuria essenz. — V. STAERMON e S. E. KOFOED. Morbillo negli adulti.

Id., IlII (1938). — H. MARCUS. Metastasi carcinomatose nel cervello. — S. PETRI e al. Ac. nicotinico nella pellagra — J. HANAUSEK. Trasfus. di leucociti.

Arch. Mel. App. Digestif, ecc., nov. — S. OKADE e T. DOI. Trattam. dell'ulcera gastr. duod. — B. P. KONCHELEVSKY e E. I. MILUTINE. Trattam. della stitich. cron.

Ann. de Méd., dic. — LÉVY-BRUHL. Pasteurellosi umane. — P. SERINGE. Prova di Rehberg.

Journ. A. M. A., 3 dic. — E. T. MACKIE e al. Colite ulcerativa.

Wien. Klin. Woch., 16 dic. — SIEGL. Trattam. della poliomielite nello stadio acuto.

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — M. BURK. Le trombosi: problema medico. — E. W. BEKER e F. A. WILLIUS. Trombosi coronaria nelle donne. — M. H. SOLEY e N. W. SHOCK. Eziologia della sindrome da sforzo.

Arch. di Patol. e Cl. Med., dic. — E. LIPPMANN. Diabete mellito e renale. — A. LEGA. Anemia Marchiafava-Micheli.

Deut. Med. Woch., 6 genn. — KUHLMEY. Il diabete e le glicosurie extra-insulari sono influenzabili dall'ormone maschile?

Brit. Med. Journ., 7 genn. — G. W. PICKERING. Ipertens. art. — V. KORENCHEVSKY e K. HALL. Somministraz. protratta sperim. di ormoni sess. masch.

Presse Méd., 7 genn. — P. DUCAS e P. HHRY. L'ittero nei diabetici.

Lancet, 14 genn. — E. W. HEY GROVER. Innesti ossei. — E. D. HOARE. Chemo-profilassi.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 1 Maggio 1939 - XVII Num. 18

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA E TERAPIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Prof. C. FRUGONI, direttore.

Sulla colite ulcerosa criptogenetica.(*)

Prof. CESARE FRUGONI

LEZIONE CLINICA

Raccolta dal Dott. ARNALDO POZZI, aiuto e doc.

La malata che presento, è coniugata ed è donna di casa. Il padre è vivente e sano. La madre è morta per malattia imprecisabile quando la p. era ancora in tenera età. La paziente nacque da parto eutocico, ebbe allattamento materno. Lo sviluppo fisico e psichico fu normale; ella frequentò le scuole, quindi fu adibita ai lavori di casa. Mestruò a 15 a. e le mestruazioni sono state sempre regolari per ritmo, qualità e quantità. Solo durante la malattia attuale è divenuta amenorroica.

Non ha mai sofferto malattie degne di nota fino all'attuale, nonostante che le sue condizioni di vita siano state sempre piuttosto misere.

Il 13 giugno u. s. la p., sembra in relativo benessere, fu colta, senza essere preceduta da brivido, da intensa sensazione di calore, da cefalea e malessere generale. Non misurò la temperatura, però si mise in letto. Verso le 23 della stessa sera la p. ebbe un vivace impulso alla defecazione ed emise una abbondante quantità di sangue: ne seguì profonda prostrazione e pallore.

La perdita di sangue si ripeteva intanto anche durante la notte, sì che chiamato un sanitario, questi dovette praticare delle cure d'urgenza.

Da quella sera la febbre, a tipo continuo-remittente, si mantenne per circa 40 giorni, cadendo poi gradatamente per lisi in quanto fino alla metà di agosto la p., specie di sera, aveva ancora qualche rialzo di temperatura.

Durante il periodo altamente febbrile intanto le condizioni generali della p. erano andate sempre più decadendo, l'anemizzazione era divenuta più intensa, il sensorio ottuso, l'alvo stitico. Durante il decorso della malattia però non ebbero più a verificarsi enterorragie.

Verso la fine di agosto, essendo la febbre

(*) Lezione tenuta in Roma il 10 dicembre 1938-XVII.

scomparsa definitivamente, la p. cominciò, aiutata dai famigliari, a levarsi di letto, ma dopo pochi giorni e cioè ai primi di settembre cominciò ad avvertire intensi dolori ai quadranti inferiori dell'addome, con prevalenza a sinistra, di breve durata, accompagnati da tenesmo. Contemporaneamente compariva anche diarrea muco-sanguinolenta, con numerose scariche giornaliere.

Da quel tempo i dolori accessionali, insieme al tenesmo, sono andati sempre più accentuandosi e le scariche giornaliere muco-sanguinolenti sono anch'esse divenute più numerose (12-14 al giorno).

Nel frattempo le condizioni generali sono scadute e l'astenia e l'anemizzazione si sono fatte profonde, senza tuttavia che mai vi fosse febbre.

Per l'aggravamento progressivo la p. è accolta in Clinica il 3 ottobre 1938. Al momento del suo ricovero la p. pesava 28 Kg., giaceva abbandonata sul letto adinamica, perdeva le feci. Il respiro era ansioso, il polso filiforme, frequente, la pressione 85/50; a mala pena la p. riusciva a dire il suo nome, tale era profondo lo stato di astenia.

Dal punto di vista obiettivo le mucose visibili sono pallide, la cute di colorito giallastro e secca, facilmente sollevabile in pliche, disidrata. Non pigmentazioni abnormi. Non edemi. Pannicolo adiposo assai scarso, masse muscolari ipotoniche e ipotrofiche. Micropoliadenia laterocervicale.

La craniopercussione è indolente; nulla a carico della funzionalità dei nervi cranici. Statica, dinamica e reflettività oculare e palpebrale normali.

Lingua secca, patinosa, con profondi solchi. Dentatura in parte guasta. Faringe e tonsille normali. La tiroide è di volume normale in tutti i suoi lobi.

Il torace appare di forma e volume normale. Angolo del Luis appiattito, angolo epigastrico acuto. Nettamente visibili le fosse sopra e sottoclavicolari, sopra e sottospinosa. Spazi intercostali ampi. Normale l'elasticità toracica, non punti dolenti alla palpazione. Il fremito vocale tattile è trasmesso come di norma su tutto l'ambito toracico. Alla percussione gli apici si delimitano alla stessa altezza a livello della prominente, le basi a 3 dita dall'angolo scapolare. Murmure vescicolare normale.

Cuore: itto dalla punta al V spazio sull'emiclaveare; il margine sinistro incrocia la III costola un dito all'esterno della parasternale; il limite destro alla marginale sternale. Non si palpano fremiti. All'ascoltazione toni deboli, fiacchi.

Addome: spianato con cicatrice ombellicale infossata. Visibili e facilmente provocabili i movimenti peristaltici intestinali. Non si palpano masse; la palpazione riesce dolente, specie lungo il colon discendente. Non presenza di liquido.

Il fegato in alto al V spazio, in basso deborda un dito dall'arcata costale. a superficie liscia, indolente; milza in alto VIII spazio, in basso non si palpa.

L'esame obiettivo del sistema nervoso è del tutto negativo.

Oggi le condizioni della p. sono notevolmente migliorate, sopratutto in seguito al trattamento eseguito, sì che si sono guadagnati 6 Kg. di peso; le scariche sono ridotte a 3-4 al giorno, di cui una di feci, le altre costituite in genere da pus, da residui ingeriti, indice — come vedremo — di una insufficienza alimentare gastrica, per completa achilia.

Per quanto riguarda gli esami di laboratorio non abbiamo trovato nulla a carico delle urine; l'esame del sangue ha dato: Hb 50, globuli rossi 3.500.000, gl. bianchi 5000, V. G. 0,82, cioè uno stato di anemia secondaria. Formula leucocitaria: neutrofili 57, eosinofili 1, basofili 0, monociti 1, linfociti 41. R. W. negativa; cutireazione alla tubercolina negativa. Agglutinazioni per i dissenterici e paradissenterici negative e così pure per la maltese; si ebbe invece all'inizio agglutinazione positiva a 1:200 per tifo, agglutinazione divenuta poi negativa.

Glicemia 0,74 ‰, Calc. mmgr. 9,70 ‰; negativa la ricerca nelle feci del bacillo di Ebert, del bacillo di Kock, del diplostreptococco di Bargen, dei dissenterici e paradissenterici nonchè delle varie forme di ameba.

Esame delle feci: semiliquide, di colore marrone chiaro, a reazione alcalina. Prova di Schmidt: normale. Reazione di Weber: positiva. Macroscopicamente si notano frammenti grossolani di carne e vegetali, all'esame microscopico presenza di tessuto connettivo, fibre muscolari, cristalli di ossalato di Ca alimentare, di numerosi leucociti polinucleari, di cellule epiteliali in via di degenerazione, di globuli rossi e fiocchi di muco. Non parassiti.

Sondaggio gastrico con istamina: prima, reazione neutra, cmc. 3, HCl ass., acidità totale 0,10, acido lattico ass., Hb ass.; dopo 15 m' reazione neutra, cmc. 8, HCl ass., acidità totale 0,50, acido lattico ass., Hb ass.; dopo 30 m' reazione neutra, cmc. 10, HCl ass., acidità totale 0,50, acido lattico ass., Hb ass.; dopo 45 m' reazione neutra, cmc. 12, HCl ass., acidità totale 0,90, acido lattico ass., Hb ass. Esame microscopico: abbondanti fiocchi di muco, leucociti in parte riuniti ad ammassi, cellule epiteliali, cocchi e bacilli.

Radiologicamente nulla a carico dell'apparato respiratorio; per quanto riguarda l'app. digerente: nulla all'esofago, stomaco leggermente aumentato di tono con pliche nel mesogastrico, piuttosto grossolane ma regolari. Svuotamento gastrico normale. Nulla al tenue, qualche ansa un po' atonica, compresa l'ultima ileale. Ceco poco mobile, dolente, in parte spastico. L'appendice non si visualizza.

Alla 12ª ora il colon è riempito fino all'angolo colico D. e presenta marezzature. Tutto il rimanente del colon è disteso da gas.

Rettoscopia: nel retto si notano numerose ulcerazioni piccole superficiali, facilmente sanguinanti. Presenza di essudato purulento nella porzione più alta del retto.

Dovendo iniziare la discussione diagnostica, il primo problema è: la p. ha ancora la stessa malattia iniziata nel mese di giugno o si tratta ora di altra forma morbosa?

Credo di poter rispondere senz'altro che deve trattarsi di due malattie diverse, in quanto ancora oggi la sintomatologia è squisitamente colica diarroica, mentre nel primo periodo non vi fu mai diarrea, e dominarono invece le perdite sanguigne e la febbre. Allora anzi la malattia esordì con una enterorragia, cui seguirono febbre alta e cefalea, sicchè per il decorso protratto della malattia con altre enterorragie, per la caduta della febbre per lisi, per l'agglutinazione 1:200 da noi trovata ancora all'ingresso in Clinica della p., l'ipotesi più logica è che la p. abbia avuto un'infezione tifoidea. Vero è che è mancato il quadro classico della forma, ma potrebbe essersi trattato di un tifo ambulatorio, che è una realtà clinica.

Con maggior frequenza esso si osserva sopratutto in ambienti sociali di vita misera e faticosa, ove il lavoro è legge assoluta di vita e viene lasciato solo se proprio le forze più non reggono e allora il tifo assume anche un decorso grave, sopratutto per le infrazioni igieniche, fisiche, alimentari che abitualmente sono state connesse all'inizio della malattia, quando questa era misconosciuta o comunque non trattata.

Io ne ricordo numerosi esempi. Ricordo a Firenze il caso di una signorina nella quale un grave tifo iniziò con un quadro tipicamente meningitico, senza alcun'altra localizzazione, tanto da far diagnosticare una meningite sospetta specifica, per la conferma o meno della quale diagnosi appunto io ero interessato, ma la stessa sera la sorella che l'assisteva presentava improvvisamente enterorragia che era facilmente riferita a tifo ambulatorio, in quanto che la malata non aveva denunziato disturbi particolari e aveva fino allora accudito alle faccende di casa e assistito come vi ho detto, la sorella caduta malata: sicchè la malattia della seconda riverberò più facile luce diagnostica sulla prima.

Nella nostra paziente dobbiamo quindi ritenere trattarsi di due malattie o sindromi diverse presentando essa oggi un quadro dissenterico con diarrea, tenesmo, mentre la forma passata deve essere ritenuta come un'infezione tifoidea: resterà poi a discutersi se fra le due vi sono o no rapporti diretti o indiretti.

Si tratta allora per questa seconda malattia, di semplice colite?

Occorre riconoscere che spesso in pratica si abusa di questa diagnosi e si erra nel senso che di fronte all'evento « diarrea » da troppi medici si passa quasi automaticamente alla diagnosi di colite.

Ma la diarrea può dipendere da cause le più diverse, e messi di fronte a questo sintomo dobbiamo sempre cercare di chiarirlo fin da principio e esattamente interpretarlo.

In pratica non è infrequente veder curare per diarroici individui che non lo sono, appunto perchè vi sono diarree vere e false.

Le diarree vere si distinguono per due elementi; per la traversata rapida del cibo nel tratto intestinale; per l'aumento assoluto del contenuto acquoso delle feci, che non è tanto l'acqua o il liquido ingeriti, quanto liquido versato e prodotto dall'intestino, liquido quindi ricco di albumina, d'onde le facili fermentazioni e putrefazioni.

Nè sempre quando si hanno numerose defecazioni il malato è un diarroico.

Si ha falsa diarrea quando la defecazione avviene frammentariamente, in 4-5 volte, ciò che non è infrequente in alcuni nevropatici frettolosi. Si hanno pure pseudo-diarree da stitichezza: taluni malati denunciano di avere diarrea e anche portano il prodotto delle deiezioni e allora in un contenuto acquoso si osservano natanti scibale dure; basta questo per dire che diarrea non è: si tratta di stitichezza spastica con scibile dure che decubitando la mucosa del colon spastico, provocano intermittentemente reazioni flogistiche, d'onde il catarro che avvolge le scibale e la scarica sierosa che trasporta le scibile stesse. Non dimenticate questo tipo di false diarree che è frequente e quindi sempre indagate sulla causa vera dei fenomeni e se vi è stipsi stabilite sempre di che natura e tipo è. Voi sapete che la stitichezza può essere spastica o atonica, cioè l'intestino può non fare progredire le feci o perchè è eccessivamente contratto — vedi il colon spastico dei vagotonici — o perchè la sua muscolatura è talmente atonica che non ha forza di propulsione sul lobo fecale.

Comunque il risultato è lo stesso, stipsi; ma ben diverso deve essere il trattamento; se in casi di stipsi spastica ad es. si somministrano purganti i quali hanno per effetto di aumentare lo spasmo si avrà peggioramento; in tali casi occorre invece ricorrere agli antispastici, alla belladonna, o qualcuno dei preparati analoghi e soltanto così gioveremo razionalmente ai nostri malati.

Stipsi danno le fimbrie cicatriziali aderenziali, che vanno curate, le angolature da ptosi che vanno corrette; e non dimenticate anche che certi nevropatici vi deporranno stitichezza solo pel fatto che essi per una frequente coprofilia vorrebbero avere emissioni frequenti con abbondanti masse.

In altri si hanno false diarree, per continui stimoli alla defecazione; così negli individui affetti da proctosigmoidite o da amebiasi, con lesioni del tutto distali o con infiammazioni

localizzate semplici, la cui origine più frequente è la stasi fecale o che talora, sebbene più raramente, possono essere legate alla presenza di un diverticolo del sigma iliaco.

In taluni di questi malati, colitici in senso lato, è abbastanza frequente la così detta diarrea prandiale, per la quale sono obbligati a levarsi precipitosamente dalla tavola per evacuare il grosso intestino. E badate, non è naturalmente l'alimento ingerito che passa così rapidamente da essere espulso, ma la causa del disturbo sta in un riflesso gastro-colico d'espulsione; tipica a questo proposito la diarrea prandiale degli epatici, anche per brusco afflusso di bile dovuta a un riflesso gastro-colecistocinetico.

In altri il tenesmo e i frequenti stimoli sono provocati da polipi rettali o da neoplasmi del colon o del retto, non sempre tempestivamente diagnosticati e che danno origine a numerosi errori di diagnosi che, come dice Mathieu, pregiudicano sia la salute del malato, che la reputazione del medico.

In questi soggetti non si tratta di vera diarrea, ma di episodii defecatorii, che portano all'emissione di poco muco e di sangue.

Così che quando si viene nel sospetto d'una diarrea per frequenza di stimoli occorre praticare sistematiche indagini, l'esplorazione rettale, esame radiologico e rettoscopia.

Le diarree vere sono caratterizzate dalla rapidità del transito del cibo e dell'ipersecrezione di liquido. Il bolo alimentare per la traversata totale impiega circa 30 ore. Dalla radiologia abbiamo la cronologia per la traversata di ciascun tratto; il pasto in 5-7 ore arriva al cieco; in 9 ore all'angolo splenico del colon; in 11 ore al sigma, e in 30 ore si ha l'eliminazione totale. Ma non sempre è necessario il controllo radiologico; basta in pratica somministrare del carbone o del carminio e sorvegliare in quanto tempo compare. Si può anche ricorrere alla prova del sublimato. Se alle feci liquide si aggiunge una quantità di soluzione satura di sublimato, la presenza di pigmento biliare modificato (idrobilirubina) lo fa colorare in rosso; se il pigmento biliare è immodificato (bilirubina), ciò che è patologico, le feci assumono una tinta verde. Molto interessante è eseguire la ricerca degli straccetti di muco tinti in verde per riconoscere la loro provenienza dal duodeno. Alcune volte però basta un'osservazione grossolana; si hanno talora delle feci verdi, appunto quando l'eliminazione è così rapida che i pigmenti non hanno tempo di modificarsi; benchè talora questo possa esser dovuto a troppa bile che si è riversata.

Nei bambini le feci sono verdi perchè il loro tubo intestinale è povero di germi i quali cooperano alla trasformazione della bile; negli adulti si possono avere feci verdi dopo somministrazione di calomelano il quale ha anche la proprietà di inibire le putrefazioni.

Van ricordate le diarree nervose, non la semplice diarrea psicogena, eccitamento psichico o per paura che è caso mai occasionale e transitoria, ma quelle diarree che sono influenzate e comandate dal simpatico; la più tipica è la diarrea basedowiana, talora infrenabile e che è inutile curare con i comuni astringenti del tutto inefficaci, mentre risente invece vantaggio da somministrazione di bromuri, valeriana, antitiroidina. Anni fa venni chiamato a vedere a Modena una malata in gravi condizioni di defedamento per un'insistente e ribelle diarrea che aveva talmente polarizzato l'attenzione della paziente e dei medici che non d'altro si era parlato che di coliti, mentre fu a me facile da un leggero tremore, dalla tachicardia, dall'espressione dello sguardo, dalla contemporanea presenza di disfunzione ovarica riconoscere un morbo di Basedow del quale sintoma predominante era la diarrea.

Anche la diarrea degli addisoniani può essere ascritta fra le diarree nervose e alcuni malati di tubercolosi peritoneale presentano note di dissimpaticosi con pseudo-collassi, discromie cutanee, ecc. e diarrea a neurogenesi.

Diarree meccaniche si possono avere per disturbi circolatori: così i cirrotici epatici come primo sintoma denunciatore della stasi portale possono iniziare con la diarrea, e la via intestinale rappresenta in questo caso una via di scarico, quasi un naturale emuntorio. Ma essendo spesso i cirrotici dei gastritici potrebbe trattarsi anche di diarrea gastrogena. Altra diarrea meccanica può aversi quando la condizione di fibrosi del peritoneo ha finito per alterare notevolmente la circolazione linfatica e venosa e ciò specie se concorre l'adenite meseraica che può indurre gravi deformazioni di tutto il mesentere e della sua rete circolatoria.

Per metodo e completezza didattica anche ricordo le diarree tossiche uremiche che sono spesso misconosciute. Non è raro di osservare vecchi sclerotici con piccola insufficienza renale che impensatamente vengono colti da diarree tossiche improvvise e allora quasi sempre si vedono messi in opera tutti gli sforzi per frenare il sintomo e a torto perchè queste non sono diarree dannose ma utili. Negli uremici infatti e specie nei vecchi si possono avere delle poussées di edema intestinale acuto, paragonabile forse all'edema polmonare acuto e che sono delle genuine diarree tossico-uremiche di speciale gravità in quanto sono espressione della lesione renale, ma di per sè utili in quanto rappresentano una via di eliminazione dei tossici, e che perciò vanno rispettate, ma talora possono divenire emorragiche e di per sè pericolose (coliti uremiche ulcerose e emorragiche, così come si possono avere gastriti emorragiche uremiche, ecc.).

Parimenti di origine tossica sono quelle diarree che dipendono da un'irritazione locale della mucosa intestinale, provocata da sostanze

chimiche qualunque sia la via d'introduzione. D'una certa analogia con le diarree uremiche sono le diarree mercuriali, in quanto l'intestino ne rappresenta una via di eliminazione. Un esempio semplice di diarree tossiche è quello fornito da purganti la cui azione si esercita sia sulla mucosa (ad es. calomelano), sia sulla muscolatura (ad es. solfato di soda).

Diarree tossiche si osservano talora negli specifici sottoposti ad una incongrua iperalimentazione forzata e sregolata. Lo stomaco degli specifici è spesso dischilico, e non può sempre utilizzare tutti gli alimenti e non può essere violentato; gli è per questo che vedrete spesso una quantità di specifici migliorare molto in primo tempo attraverso una iperalimentazione forzata, e poi insorgere gastriti e enteriti, da mala alimentazione, che compromettono ulteriormente le condizioni del malato.

Altra diarrea tossica non rara negli specifici è la medicamentosa che insorge specialmente in seguito all'uso di balsamici, spesso mal tollerati.

Fra le diarree di origine dispeptica ricordo le diarree grasse epato-pancreatiche; si tratta allora di epatopazienti, nei quali la scarsezza o la ritenzione del flusso biliare, provoca un deficit nella digestione dei grassi, e aumento degli acidi grassi che avendo un'azione stimolante, provocano progressione più rapida delle feci.

Negli insufficienti pancreatici si hanno parimenti diarree grassose e le feci emesse hanno un volume enorme; esse sono di consistenza pastosa e liquida e hanno aspetto caratteristico, translucido, argenteo.

Gli epatici possono inoltre presentare delle crisi diarroiche prandiali analoghe a quelle dei colitici, si tratta allora in genere di litiasici latenti o comunque colecistopatici i quali durante il pasto, subito dopo vengono colti improvvisamente da dolore all'epigastrio con bisogno imperioso di evacuazione.

Le varie innormalità del chimismo gastrico possono provocare delle dispepsie elettive, secondo la qualità degli alimenti e della lesione (diarree gastrogene). Gli ipercloridrici ad esempio hanno spesso diarrea per cattiva digestione degli idrati di carbonio, poichè è noto che quando il succo gastrico raggiunge una certa acidità, la digestione dei farinacei si arresta.

Gli ipochilici, sia gastrici o pancreatici invece, utilizzano male la molecola albuminoidea, la quale finisce col cadere in preda a fenomeni putrefattivi.

Da qui due grandi categorie di diarree; da fermentazione, da putrefazione. Sono diarree da dispepsie elettive le prime da cattiva elaborazione per gli idrati di Ca; e le seconde da mala utilizzazione degli albuminodi.

Il risultato è per le prime fermentazioni acida, per le seconde putrefazione alcalina.

Voi conoscete i fermenti digestivi per gli gli idrati di Ca; la ptialina, l'amilopsina, la lacteasi, i fermenti batterici. Quando i fermenti sono insufficienti, o quando il mezzo è troppo acido perchè la digestione possa procedere, o quando sono presenti nel tubo gastroenterico quantità eccessive di sostanze facilmente fermentanti (cavoli, pane, dolci, ecc.) o quando ancora il soggiorno dell'alimento nello stomaco e nelle parti superiori del tenue è troppo breve, ne viene che si trovano grandi quantità di idrati di Ca nell'intestino senza che abbiano subito la dovuta elaborazione. E allora si hanno disturbi intestinali, flatulenza, meteorismo, dispepsia e diarrea fermentativa acida. In questi casi le feci hanno un odore butirrico.

La diarrea da putrefazione è invece legata ad una cattiva digestione degli albuminoidi i cui fermenti digestivi (pepsina, tripsina) possono essere in difetto. Se abbiamo pazienti in achilia gastrica (che può talora accompagnarsi ad achilia pancreatica) ne viene che le albumine arrivano all'intestino non modificate e allora cadono in preda ai germi che hanno fermenti proteolitici, i quali distruggono la molecola proteica e la scindono in prodotti tossici che hanno un'azione dannosa generale e locale, d'onde malessere, diarrea, enteriti con emissione di feci putrefattive, a odore nauseabondo ed a reazione alcalina.

A ben delucidare questi punti serve ottimamente il pasto di Schmidt che è una ricerca che dovrebbe esser fatta correntemente anche dai medici pratici. Per tre giorni si somministra una certa dieta nella quale sono giudiziosamente combinati i diversi tipi di alimenti allo scopo di scoprire se esiste una dispepsia elettiva a carico di uno di essi e al cominciare ed al finire della prova si somministra una cartina con del carminio o del carbone. Su queste feci si fa prima l'esame macroscopico, indi si stemperano per vedere se v'è muco, indi a mezzo dell'esame microscopico e di reazioni chimiche (Lugol, Sudan III) si cerca la presenza o meno degli idrati di carbonio, dei grassi o delle proteine. E si eseguono la prova del sublimato che vi ho già esposto e quella della fermentazione.

In condizioni abituali le feci non sviluppano gas, non sono putrefatte nè fermentano. In condizioni patologiche, se vi è dispepsia per i farinacei si può mettere in evidenza l'eliminazione di queste sostanze mediante la prova della fermentazione.

Fra le diarree specifiche meritano ricordo le tubercolose; ma non ogni diarrea che si ha in un tubercoloso è tubercolare; si può avere la diarrea in tbc. da tbc. per tbc.

Le diarree in tbc. non sono sempre per causa specifica. Spesso gli specifici sono dei dispeptici e come tali dei diarroici e frequentemente sono dei microsplancnici, magri con male digestioni da visceroptosi e atonia degli

organi e con diarree secondarie e sintomatiche e in questi casi dobbiamo curare la malattia fondamentale se vogliamo modificare le loro condizioni intestinali.

Talora la diarrea da tbc. è da degenerazione amiloidea: è allora irrefrenabile e concorre a dare rapida cachessia tanto più che non si ha generalmente amiloidosi di un organo isolato, ma è frequente la compromissione anche di altri organi reni, fegato, milza.

Più tipica ancora è la diarrea da lesioni specifiche intestinali. Le localizzazioni tbc. nell'apparato digerente sono le più molteplici. Sulla bocca; ulcerazioni della lingua, del palato. Nell'esofago sono forme rare; a carico dello stomaco meno rare. Si hanno talvolta sindromi di difficile diagnosi: sintomi di ulcera gastrica, torpida, con segni di perigastrite che altre volte assume il carattere dell'ulcera stenosante pilorica.

Nel 1905 io descrivevo un caso di stenosi pilorica di natura tubercolare. Altre volte la lesione assume la forma produttiva e si può essere tratti in grave errore con il cancro; poichè si tratta di malati anoressici, che deperiscono e alla palpazione dei quali si avverte una massa dura all'epigastrio, bernoccoluta e dolente, perchè attorno al piloro si formano masse produttive granulomatose, specie se concomita epiploite e si ha vomito con sangue, ecc.

L'intestino ha tanti modi di fare la sua tbc. Vi sono individui con enteriti tbc. semplici, individui con ulcerazioni intestinali che evolvono verso la stenosi in quanto che le ulceri sono ad anello, perchè spesso di origine vascolare e organizzandosi danno una stenosi intestinale secondaria. Accanto alla forma fibrosa si ha la forma proliferante: nel tubercoloma cecale ad es. che è una tbc. a carattere produttivo, il cieco viene ridotto ad un salsicciotto fisso, retratto, portato in alto, dolente, infiltrato. Diagnosi importante a porre questa perchè il tubercoloma ciecale è una malattia passibile di guarigione chirurgica. Vi sono anche enteriti tbc. localizzate negli ultimi tratti dell'ileo e nei primi segmenti del crasso a veste ulcerosa.

I sintomi sono febbre e anemizzazione e deperimento che esprimono impregnazione e non utilizzazione degli alimenti, anoressia, dispepsia, dolenzia con ventre ora tumido, ora contratto a barca e diarrea infrenabile continua, qualche volta purolenta ed emorragica.

Anche nelle forme ulcerose non sempre si trovano bacilli di Koch nelle feci; d'altra parte neppure il dato positivo sempre afferma. Se si ha un tbc polmonare con diarrea e si trovano bb. Koch nelle feci, questi possono provenire dall'escreato inghiottito.

A proposito di che Calmette dice che se i bacilli di Koch che si trovano nelle feci sono inghiottiti, appaiono in grandi ammassi; se invece sono in piccoli ammassi, questi sarebbero più probabilmente di origine intestinale, criterio questo però quanto mai infido.

Comunque la forma intestinale Kochiana non va mai dimenticata, in quanto tutt'altro che rara: è quasi sempre ileo-colica e in quanto inizia sopratutto nell'ileo, per poi interessare anche il colon; ed allora colpisce in special modo il colon destro e il cieco, formando i cosiddetti tubercolomi cecali, ossia quei grossi pseudotumori o granulomi produttivi che sono allora nettamente palpabili nel quadrante inferiore destro dell'addome. In tali casi si tratta sempre di localizzazione secondaria, ossia di soggetti nei quali già esiste un focolaio primitivo, il più spesso a carico dell'apparato respiratorio e la via ematogena più che la digestiva, rappresenta la via dominante per la diffusione. Eccone un caso tipico. Quest'altro malato che voi vedete è un uomo di 43 a. coniugato, la cui moglie è morta 5 anni fa per affezione polmonare specifica.

A 21 anni egli ebbe tifo addominale; contrasse poi infezione blenorragica; a 22 a. soffrì per qualche tempo di malaria, a 27 si contagiò di lues, che curò intensamente, sì che da circa 5 anni la R. W. è negativa.

Tre anni fa cominciò ad accusare dolori acuti all'addome, con massimo d'intensità alla reg. ileo-cecale. Sospettata un'appendicite, fu operato d'urgenza, ma l'appendice fu riscontrata normale e rispettata. Successivamente comparve diarrea, a volte anche persistente e una volta ebbe melena, sicchè nel gennaio 1936, posta ancora diagnosi di appendicite, fu operato di appendicectomia, ma anche questo secondo intervento non pose fine alle sofferenze dell'infermo, che vide dolori e diarrea continuare invariati. Esaminate le feci fu riscontrata presenza di bacilli di Koch. Consigliatogli di operarsi, il p. si sottoponeva a terzo intervento operatorio, per cui gli veniva asportato l'ultimo tratto dell'ileo e il colon discendente per complessivi 130 cm. d'intestino dopo di chè per qualche tempo i disturbi addominali sembrarono calmarsi; mentre il p. doveva subire un quarto intervento per laparocele.

Successivamente però i dolori addominali ricomparvero, la diarrea divenne insistente, le melene più frequenti, sicchè il p. decise di ricorrere alla nostra Clinica, tanto più che dall'inizio dei suoi disturbi, ossia dal 1935, egli è andato continuamente dimagrendo di circa 20 Kg.

L'esame rettoscopico da noi subito eseguito ha dimostrato a 7-10 cm. dall'orifizio anale, la presenza di due ulcerazioni a fondo sanguinante, a margini irregolari, circondate da mucosa nettamente edematosa. Inoltre a circa 8 cm. notasi una flittene della mucosa della superficie di circa 1 cmq. Tutte queste lesioni si riscontrano a carico della parete anteriore dell'ampolla rettale, mentre le altre pareti sono indenni. L'esame del materiale prelevato dal-

l'ulcera ha messo in evidenza presenza di bacilli di Koch.

Caso dunque dimostrativo per localizzazione tubercolare ileocecale in primo tempo e del colon distale poi, localizzazione certamente secondaria; infatti nel nostro paziente esistono i segni d'impregnazione specifica polmonare e la radiografia dell'app. respiratorio mette in evidenza esiti di pleurite pregressa.

Tornando ora alla nostra prima ammalata, anche per essa dobbiamo pensare ad una forma specifica tubercolare? Evidentemente no, perchè mancano il terreno e altre lesioni, sia per la localizzazione diversa, sia anche perchè la ricerca del bacillo di Koch nelle feci è riuscita negativa, al qual proposito debbo ricordarvi che il reperto positivo per bacilli di Koch nelle feci ha valore per la diagnosi di colite ulcerosa specifica, solo quando il p. non ne abbia nell'espettorato.

Di fronte ad una sindrome intestinale bassa, fra le varie possibilità va ricordata anche quella dei linfogranuloma venereo o malattia di Nicolas-Favre.

Come sapete tale malattia può presentarsi sia sotto la forma bubbonica, che sotto la forma elefantiasica o ulcerativa: la prima è più frequente negli uomini, le altre, specie localizzate ai genitali e al retto, sono più frequenti nelle donne.

Nella nostra paziente mancano segni di stenosi rettale, caratteristica della forma elefantiasica, mentre potrebbe sussistere il dubbio per la forma ulcerativa, in quanto, in questa forma, ulcerazioni oltre che nel retto si possono formare fino al colon trasverso. La certezza diagnostica in tali casi, oltre che dall'esame istologico, viene data dalla prova di Frey, che consiste nell'inoculare sotto cute in individui sospetti, pus estratto da una linfoghiandola pura non aperta di linfogranuloma venereo; nei casi positivi, dopo 2 giorni, si forma una papula infiammatoria almeno di mezzo centimetro di diametro, spesso con eritema periferico e talvolta con pustola centrale.

Nella nostra malata la reazione di Frey è riuscita negativa, quindi per questo e per il complesso della sindrome clinica il linfogranuloma venereo è da escludere.

Dobbiamo così finire per parlare di colite e dico colite e non enterocolite perchè, giusta o no che sia la nomenclatura, è un fatto che noi parliamo di enterite quando si tratta di lesioni infiammatorie dell'ileo, di colite quando si tratta di lesioni infiammatorie del colon, di enterocolite quando si tratta di forme infiammatorie contemporaneamente ileocoliche.

Qui, ripeto, dovremmo essere nel campo delle coliti, campo quanto mai difficile e delicato anche perchè, come già detto, le coliti spesso diagnosticate tali, non lo sono e perchè quando sono tali occorre sempre specificare la vera essenza e natura.

Anzitutto quando si parla di colite occorre sempre distinguere quale sezione del colon è in causa, ossia se il colon D. o il colon S.

Il colon infatti, come organo dotato di complesse attività funzionali (motorie, digestive, secretorie, di assorbimento, enzimatiche, proprie e legate alla flora batterica), può essere sottoposto a cause morbigene numerosissime le quali, nella loro azione, sono spesso strettamente legate alle singole attività funzionali dell'organo e in modo che, nelle manifestazioni morbose da esse provocate, vengono interessate prevalentemente le singole funzioni elementari corrispondenti, spesso però con profonde ripercussioni su tutta o su parte delle altre funzioni elementari.

D'altra parte esistono profonde differenze di struttura e di funzione fra le diverse sezioni del colon, sicchè è pienamente giustificata la distinzione morfologico-funzionale dell'intestino crasso in una sezione *prossimale* e in una sezione *distale*.

Il cieco, il colon ascendente, l'angolo destro e la parte destra del trasverso costituiscono il colon destro o prossimale; la parte sinistra del trasverso, l'angolo splenico, il colon discendente e l'ansa mobile ileo-pelvica costituiscono il colon sinistro; il colon prossimale, ricco di sistema linfatico con vie linfatiche numerosissime e abbondanti follicoli è anche per ciò predisposto ai fenomeni flogistici e alla stasi patologica maggiormente del resto del colon; il colon distale invece non è che una zona di passaggio fra il colon destro e il colon ileo-pelvico, dove si accumulano le feci. Differenza esiste circa la disposizione e la direzione delle pliche della mucosa, dirette trasversalmente nel colon prossimale, nel senso invece della lunghezza sul colon distale, in modo da rendere più lenta nel prossimale e più rapida nel distale la progressione dei materiali fecali.

Il colon oltre una innervazione intrinseca, rappresentata dal plesso di Auerbach e da quello di Meissner, è innervato dal simpatico e dal parasimpatico; la metà destra del colon e il tenue ricevono rami nervosi che si originano dal plesso solare e che decorrono seguendo il decorso della mesenterica superiore; la metà sinistra del colon irrorata dalla mesenterica inferiore, è innervata dai rami del plesso lombo-aortico, dal plesso ipogastrico e dal nervo splacnico inferiore e dal nervo pelvico. I rami nervosi raggiungono l'intestino in corrispondenza del margine mesenterico, ramificano nel sottoperitoneo ed entrano in rapporto con i plessi di Auerbach e di Meissner.

Ora è noto che il cieco e il colon ascendente presentano un'importanza particolare per i fenomeni digestivi, tanto da essere considerati quasi uno stomaco supplementare, deputato alla digestione degli idrati di carbonio e della cellulosa in particolare. L'azione digestiva colica pertinente al cieco e al colon ascendente è prevalentemente di natura batterica, i bat-

teri della flora intestinale invadendo il bolo intestinale ed attaccando la cellulosa delle membrane cellulari vegetali indigerite. Sembra anche però, per ricerche di Maestrini, che il colon prossimale secerna in gran copia enzimi capaci di produrre scissioni idrolitiche dei grassi e degli idrati di carbonio del chimo proveniente dall'ileo, digestione propriamente analoga alla digestione pancreatica, ma meno perfetta.

Il colon trasverso gode di una certa autonomia in confronto delle altre sezioni del colon; funzionalmente nel trasverso si verificano disintossicazioni batteriche e si completa la disidratazione del contenuto; le materie fecali che contengono il 90 % di acqua nelle ultime anse dell'ileo, ne contengono solo il 75 % alla loro eliminazione; inoltre il trasverso e il discendente fanno progredire i materiali fecali fino al sigma.

Tra queste diverse funzioni del trasverso, le azioni motorie prevalgono, sì che le alterazioni del trasverso comportano sopratutto alterazione della progressione delle feci.

In complesso mentre nelle sezioni prossimali del colon prevalgono fenomeni biochimici, e di secrezione, nelle porzioni distali prevalgono fenomeni meccanici e di assorbimento.

L'attività del colon, in quanto è organo di digestione e di propulsione dei materiali fecali, viene ad essere sensibile al complesso degli stimoli rappresentato dalla degradazione e dalle trasformazioni digestive proprie della digestione colica. È ovvio quindi che le alterazioni di tali processi rappresentino per il colon altrettante stimolazioni abnormi che si ripercuoteranno sulla funzione dell'organo stesso. Come è noto le sostanze alimentari che hanno già subìto le azioni enzimatiche delle sezioni precoliche del tubo gastro-enterico, in gran parte vengano al colon già completamente digerite, altre invece solo parzialmente digerite e per queste ultime si verifica nel colon e precisamente nel cieco un'ulteriore digestione dovuta prevalentemente all'azione dei germi saprofiti autoctoni della flora microbica, in seguito alla quale le sostanze sfuggite alla digestione nelle sezioni superiori vengono idrolizzate. Comunque normalmente i proteidi arrivano al cieco in piccolissima quantità e danno origine ad ammoniaca, indolo ecc. Degli idrati di carbonio arriva al cieco soltanto la cellulosa o altri idrati di carbonio superiori e questi vengono distrutti dalla flora amilolitica con produzione di acido carbonico dalla cellulosa; di alcool, di acido lattico, butirrico, ecc., dagli zuccheri. La presenza di grassi nell'ambiente colico può dare origine ad acidi grassi superiori, acido stearico, oleico, da questo possono originarsi acidi grassi della serie bassa, volatili, acido formico, acido butirrico, ecc. Tali trasformazioni sono il risultato delle attività batteriologiche della flora intestinale, la quale è costituita da numerosi e diversi tipi di germi.

Le caratteristiche della flora variano fisiologicamente in rapporto con la topografia dell'intestino: nelle anse terminali del tenùe e nel cieco prevale la flora fermentativa che con il suo meccanismo biochimico dà origine agli acidi organici; nelle sezioni successive prevale invece la flora putrefattiva, che attacca i proteidi e probabilmente anche parte dei batteri e con la produzione di ammoniaca neutralizza gli acidi organici di origine fermentativa.

Il lavoro dei due sistemi è naturalmente sinergico ed assicura particolari equilibri biochimici e fisico-chimici nei diversi tratti del colon. Normalmente il contenuto ciecale è di reazione acida, mentre nel colon distale è presso a poco neutro: quando però al cieco arrivano in troppa grande quantità proteidi, prevalgono i fenomeni putrefattivi sui fermentativi e la reazione si fa alcalina.

Da queste euritmiche funzioni ne viene una funzione intestinale normale: si comprende quindi come alterandosi una data funzione, si stabiliscano facilmente successioni morbose e circolo vizioso di fatti patologici di carattere meccanico e biochimico, che portano generalmente le diverse singole funzioni del colon a deviazioni spiccate.

Ora abbiamo detto che nella nostra malata, sopratutto per i caratteri dei materiali fecali, dobbiamo pensare senza dubbio ad una colite. D'altra parte nulla depone per la forma amebiasica e tutte le ricerche le più minuziose sono state in merito negative e sarebbe assurdo discutere la dissenteria bacillare, dato che la forma è qui eminentemente cronica non acuta e che tutte le indagini batteriologiche e sierodiagnostiche per i dissenterici nonchè per i para e i metadissenterici sono state negative.

La chiave diagnostica non poteva essere data che dalla rettoscopia. Questa infatti ha messo in evidenza nel retto numerose ulcerazioni piccole superficiali facilmente sanguinanti, con presenza nella porzione alta di abbondante essudato purulento, reperto come sapete proprio della colite ulcerosa criptogenetica.

La colite ulcerosa criptogenetica è malattia tutt'altro che rara e questa nostra paziente ne è un caso tipico, ma un altro caso pure classico è stato da noi trasferito giorni fa in Clinica chirurgica per essere operato di ileostomia, un terzo caso io stesso presentai lo scorso anno. È malattia grave, ma non sempre irreparabile. Il paziente che qui vedete infatti è il malato che vi presentai appunto un anno fa e che proprio ieri è venuto dalle Puglie per farsi rivedere e per informarmi di essere perfettamente guarito, avendo fra l'altro aumentato di circa 30 Kg. di peso. Anch'egli era passato attraverso le varie fasi cui purtroppo passano in genere questi malati e cioè era stato prima ritenuto un emorroidario e quindi operato, poi un amebiasico, ecc. e voi lo vedeste in miserevoli condizioni di defedamento organico e a gravi lesioni intestinali, mentre ora è perfettamente guarito.

Per colite ulcerosa cronica criptogenetica si intende, come indica il nome, un processo infiammatorio cronico, a carattere ulcerativo che colpisce in parte o in totalità l'intestino crasso.

Varie sono state le denominazioni con cui questa forma è stata indicata: colite cronica ulcerosa batterica, colite ulcerosa aspecifica, denominazione quest'ultima però meno esatta, in quanto il concetto di « aspecifico » non va inteso in senso batteriologico o serologico, ma soltanto come espressione delle nostre scarse capacità di differenziazione. È quindi preferibile al termine « aspecifica » quello di *criptogenetica*, poichè il complesso problema eziologico della colite ulcerosa è ancora discusso.

In genere è malattia più frequente nell'età media (20-40 anni) ma non è rara nell'infanzia e nella vecchiaia. Nella predisposizione non esiste grande differenza nei riguardi del sesso. Come causa predisponente avrebbero talora importanza secondo la scuola americana di Bargen, le affezioni dell'apparato respiratorio, le infezioni focali, le gravidanze, le malattie infettive, l'eccessivo lavoro fisico e mentale.

Sede della malattia sono per lo più particolarmente il sigma-colon e il retto, però le lesioni possono anche estendersi più in alto, per tutto il crasso, fino al cieco e lasciare immune l'estremo inferiore del crasso.

Questa speciale forma di colite ha carattere distruttivo, non crea delle difese organiche, neanche attorno a sè, tanto è vero che se vediamo i margini delle ulceri, li troviamo infiltrati di linfociti e di plasmacellule, mentre assenti sono i polinucleari. Carattere necrotico quindi, distruttivo, senza alcuna impronta difensiva. Le ulceri son coperte da essudato fibrinoso: in una prima fase si vede l'ampolla rettale tumida arrossata, in un secondo tempo si vedono degli ascessolini che in seguito si aprono e lasciano delle ulcerazioni a colpo di unghia che vanno man mano estendendosi. Così, mentre in principio abbiamo alcune ulcerazioni che sono disposte in una mucosa sana, in periodo ulteriore di malattia, troviamo tutta una superficie ulcerata, e solo qualche isolotto di mucosa ancora sana. Nello stesso tempo vediamo già delinearsi delle complicazioni della colite ulcerosa grave, e cioè formazioni polipoidi, stenosi rettali o coliche, perforazioni intestinali, suppurazioni iuxtacoliche.

Se però la colite ulcerosa costituisce una entità anatomo-clinica ben definita, al contrario la sua eziopatogenesi è ancora molto incerta e discussa.

Numerosissime infatti sono state le ricerche sia sul materiale fecale che su quello proveniente da raschiamento delle zone ulcerate, allo scopo di accertare l'esistenza di eventuali germi responsabili della forma; in un primo tempo furono successivamente ritenuti responsabili il colibacillo, le spirochete, gruppi di germi associati come il coli e lo pneumococco (White), coli-proteo, piocianeo e prodigioso (Jex-Blaka) e vari altri gruppi segnalati da Rowe, Hewes, ecc.

Da altri AA. (Gemmel, Saundly) la colite ulcerosa idiopatica fu ritenuta una forma di dissenteria ed Hurst infatti è stato per molto tempo uno strenuo sostenitore della sieroterapia antidissenterica nella prima fase della colite ulcerosa. Numerosi e non meno autorevoli ricercatori non sono riusciti però mai ad isolare in casi di colite ulcerosa criptogenetica i bacilli dissenterici, paradissenterici o metadissenterici e così pure negativa è riuscita la riserva delle agglutinine specifiche.

In seguito accurati studi di Bargen della Mayo Clinic sembrarono schiarire l'orizzonte della colite ulcerosa, essendo questo A. riuscito, immergendo il materiale ottenuto col rettoscopio a livello delle ulcerazioni nei terreni di Rosenow, ad isolare nell' 80 % dei casi, un diplostreptococco, gram positivo simile al pneumococco, ma più largo e senza capsula, con tendenza ad assumere una forma a lancetta; tale germe si differenzierebbe dal pneumococco perchè non si lascia agglutinare con il siero specifico e perchè non dà la reazione della fermentazione dello zucchero con l'inolina e la mannite. Inoculando per via endovenosa culture di materiale raccolto con la raschiatura da malati affetti da colite ulcerosa, Bargen potè vedere negli animali (conigli) riprodursi il quadro della malattia, presentando diarree profuse, emissione di materiale muco-sanguigno spesso morte in breve tempo e all'autopsia lesioni ulcerative gravi localizzate al retto, alla metà inferiore del colon, talvolta — ma raramente — lesioni anche al cieco. Il diplostreptococco sarebbe stato riscontrato da Bargen anche in individui sani, ma inoculato in animali, allora non era capace di riprodurre la malattia.

Ma moltissimi AA. non sono riusciti a confermare le ricerche di Bargen: alcuni considerano il diplostreptococco di Bargen un semplice saprofita, altri gli negano ogni azione patogena e l'efficacia del vaccino preparato dall'A. americano viene considerata nulla. Del resto anche Bargen non è più assolutista nella sua concezione eziopatogenetica. In un suo recentissimo lavoro egli scrive di aver studiato in circa 10 anni oltre 1000 casi di colite ulcerosa, di questi circa 800 avevano un'origine streptococcica, i rimanenti erano ad etiologia sconosciuta.

Recentemente altri AA., in particolare Gallart Mones e Domingo, hanno ancora affrontato il problema eziologico della colite ulcerosa, eseguendo una minuta analisi degli studi di Bargen e sono giunti alla conclusione che il *primum movens* della malattia è rappresentato da un virus il quale oltre ad essere dotato di una sua propria attività patogena, esplica un'influenza stimolante sulla flora batterica intestinale ed in specie sugli streptococchi, esaltandone la virulenza.

*

In definitiva dunque dal complesso delle ricerche batteriologiche più recenti sulla eziologia della colite ulcerosa devesi ritenere che almeno in parte tale malattia sia specifica. Naturalmente i fatti messi in evidenza da Bargen e da Gallart Mones e Domingo, meritano ulteriori e profonde ricerche, ma il fatto che questi ultimi AA. sono riusciti a riprodurre sperimentalmente la malattia iniettando un filtrato di cultura batterica di streptococco di Bargen, pone nettamente il problema tanto della filtrabilità del germe come della coesistenza di un virus filtrabile e in questo ultimo caso, è verosimile l'intervento di un probabile potenziamento del germe da parte dell'eventuale virus (Beltrametti).

Non inferiori alle difficoltà circa l'interpretazione eziologica della colite ulcerosa, sono quelle che s'incontrano quando si cerchi di chiarire il meccanismo d'azione degli agenti causali e l'importanza spettante ai molteplici e svariati momenti organici o funzionali, e alle diverse condizioni locali o generali, influenti nella patogenesi delle colopatie ulcerose. E ciò sopratutto in quanto non si può disconoscere che esistono forme di colite ulcerosa la cui genesi parrebbe diversa da quella infettiva specifica nel senso stretto su riferito, per i risultati ottenuti con terapie *ex iuvantibus*. Così per es. la genesi della colite ulcerosa venne ritenuta da Anchutz legata alla deficienza della funzionalità gastrica, lesa o abolita in seguito ad interventi demolitori praticati sullo stomaco. Zweig, Einhorn e Oppler in base al rilievo della frequenza con cui, nel corso delle colopatie, la capacità secretiva dello stomaco si dimostra alterata fino all'achilia completa, ritengono che il difetto della secrezione cloropepsica e di conseguenza il disturbo profondo della digestione alimentare. favorirebbero un'esaltazione della virulenza dei germi intestinali.

Dall'insieme delle ricerche eseguite in tale senso tuttavia i fattori gastrogeni non possono essere ritenuti che elementi di relativa importanza, che solo in alcuni casi agirebbero come fattori secondari.

A spiegare la genesi della colite ulcerosa sono stati chiamati pure in causa *fenomeni di sensibilizzazione* e *stati di anafilassi*, nel senso di un'aumentata sensibilità locale verso le proteine batteriche; le *infezioni focali*, per cui dai foci partirebbero gli agenti patogeni che in via ematica si localizzerebbero nel colon provocando l'insorgenza del processo infiammatorio, l' *avitaminosi* sicchè Mackie e Pund parlano di carenza delle vitamine A, B. C; *fattori costituzionali* per cui negli individui astenici con segni di stasi intestinale ipocinetica esisterebbe una facilità particolare ad ammalare ed una speciale predisposizione alle varie colopatie.

Di significato impreciso e di importanza molto dubbia sono le teorie eziopatogenetiche prospettate in base al rilievo di alterazioni a carico del *metabolismo del calcio*, secondo cui un'ipocalcemia rappresenterebbe una condizione favorente o determinante l'insorgenza di colopatie a tipo ulceroso. In 7 casi di colite ulcerosa studiati nella nostra Clinica però la calcemia era normale ed in qualche caso superiore alla norma.

Impreciso significato hanno pure tutte quelle manifestazioni del *sistema neuro-vegetativo*, orientate verso la vagotonia o la simpaticoastenia; e così anche deve dirsi nei riguardi di *lesioni vascolari* di natura arteriosclerotica, per gli eventuali disturbi trofici che possono determinare.

Particolare importanza infine sarebbe stata assegnata anche alla stipsi, come condizione capace di determinare non soltanto lesioni di natura meccanica, ma anche un esaltamento della virulenza dei germi abitualmente esistenti nell'intestino. Così Schmidt e Noorden fanno rilevare che il materiale stagnante a monte delle masse che ostruiscono il canale intestinale, va incontro a processi di decomposizione, capaci a loro volta di determinare stati flogistici a carico della mucosa e processi ulcerativi, dai quali prenderebbe origine poi una colite ulcerosa cronica grave.

Come si vede dunque l'eziologia e la patogenesi della colite ulcerosa grave, hanno bisogno ancora di ulteriori ricerche di controllo e di accurate osservazioni, numerosi essendo ancora i punti controversi e oscuri. Dai fatti meglio accertati e quindi più attendibili risulta ad ogni modo che la colite ulcerosa può essere riprodotta sperimentalmente con l'iniezione di prodotti patologici, o di germi, o di filtrati ottenuti dai prodotti patologici stessi e che la forma può essere riprodotta da animale ad animale, per mezzo di tali agenti.

Questa perciò dovrebbe essere una dimostrazione sufficiente per riconoscere e ammettere una eziopatogenesi specifica, legata non tanto ad un germe in sè quanto ad un eventuale virus che ne esalti l'attività patogena.

Sul terreno clinico la colite ulcerosa criptogenetica può presentarsi sotto aspetti diversi. Nella forma tipica i sintomi sono caratteristici. Le feci diarroiche sono costituite in proporzione varia da materiale fecale, da muco, da pus, da sangue. Spesso tuttavia, data la costanza ed il predominio delle lesioni sull'ultimo tratto dell'intestino, si ha una sindrome dissenterica, con tenesmo, e le feci non contengono allora che prodotti patologici. Le scariche possono anche essere numerosissime fino a 10-15 al giorno. All'inizio lo stato generale dei pazienti è ancora buono, anche perchè spesso a periodi parossistici s'intercalano periodi di calma intestinale. Successivamente però si determina un'alterazione lenta, ma progressiva dello stato generale. con adinamia, astenia, anemia. Compare febbre, a volte anche elevata. Il defedamento è grave; come avete inteso la nostra malata pesa 28 Kg. ed è divenuta amenorroica da 6 mesi.

Sono state descritte un gran numero di forme cliniche basate unicamente sul predominio

di qualche sintomo, ma in genere tenendo conto del carattere delle deiezioni si distinguono, sopra tutto due grandi categorie: le forme emorragiche e le purulente.

Dolori all'addome possono mancare alle forme croniche, ma una certa sensibilità alla pressione del colon per lo più è presente, specie al sigma; dolori spontanei di tipo colico, da spasmi dell'intestino, oppure con dolore localizzato al retto o all'addome, possono verificarsi solo dopo le evacuazioni.

L'addome può presentarsi in stato di modica gonfiezza o al contrario di retrazione per ipertonia. La milza non è ingrandita oppure lo è di poco.

Frequenti sono le ricadute, facile sopratutto, come già detto, le complicazioni in special modo le perforazioni, le diverticolosi del colon, le stenosi rettali da cicatrizzazione, le artriti con dolori articolari a distanza da carica tosso-infettiva.

Così tracciato il quadro della malattia, voi vedete la completa corrispondenza con i caratteri presentati dalla nostra paziente. V'è tuttavia da domandarsi: quale rapporto esiste fra l'affezione sofferta nel mese di giugno e la malattia attuale?

Avendo noi ammesso per la prima affezione una più che verosimile infezione tifoidea piuttosto grave, tutto fa ritenere che il defedamento cui vanno incontro quasi inevitabilmente i malati di tali forme, abbia rappresentato il fattore predisponente, e abbia in altre parole preparato il terreno sul quale poi si è adagiata la colopatia grave di cui oggi stiamo discutendo.

Dal punto di vista prognostico quantunque alcune forme (forme recenti, soggetti giovani) sembrino essere meno severe, in generale la prognosi della colite ulcerosa criptogenetica deve essere sempre riservata, perchè il trattamento offre difficoltà e frequenti insuccessi.

Nei casi o negli stadi acuti della malattia *la dieta* mirerà a risparmiare l'intestino da qualsiasi causa irritante chimica o meccanica, in ragione sopratutto della grave sensibilità del viscere. Nelle forme croniche invece un regime dietetico stretto oltre a trovare difficoltà nel paziente, non è sufficiente da solo a modificare i processi chimici e batterici del colon, sicchè l'alimentazione potrà essere varia, ma tale da contenere sostanze chè siano completamente digerite e assorbite nel tenue e quindi, con cibi poveri di scorie, non crudi, di facile cottura e bene triturati.

È sempre consigliabile fare cure generali di sostegno (arsenicali, polivitaminiche, trasfusioni, ecc.) e sopra tutto cure con preparati epatici non disgiunte da terapie antinfettive (preparati acridinici, neosalvarsan, emetina, yatren, vaccini, autovaccini). Buon risultato sopratutto sembrano dare piccole trasfusioni ripetute.

Particolare importanza ha nella colite ulcerosa suppurativa, specie del retto, *la cura locale*, sotto forma di clisteri, sempre a bassa pressione, potranno usarsi il nitrato d'argento (1:3000 fino a 1:2000); l'acriflavina (1:4000) il bleu di metilene. È ritenuto da alcuni AA. che le sospensioni di sostanze difficilmente solubili siano meglio tollerate degli antisettici e degli astringenti in soluzione: vengano quindi raccomandati clisteri di dermatolo (gr. 2-5) o di iodoformio (gr. 0,20) in 50 gr. di mucillagine gommosa e 200 gr. di acqua, con l'aggiunta di alcune goccie di laudano.

Qualora le cure mediche, espletate però con pazienza e per un certo tempo non diamo miglioramenti o sopraggiungano complicazioni o fenomeni tossici gravi, occorre allora affidare il malato al chirurgo, prima che le condizioni del paziente si aggravino ulteriormente. Gli interventi preferiti sono rappresentati dall'appendicostomia, dalla cecostomia (che possono permettere lavaggi a permanenza) dall'ileosigmoidostomia, dalla formazione di un ano colico (ad altezza varia per realizzare una derivazione e per mettere in relativo riposo il segmento colico malato) infine a volte anche da resezione di interi tratti di intestino, operazione grave, ma che specie nelle localizzazioni pelviche o pelvi-rettali, può dare ottimi risultati.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE DEL LITTORIO - INTRA
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal dott. LUIGI COSTA.

Evoluzione eccezionalmente rapida verso la guarigione di un ascesso polmonare post-operatorio, trattato con alcool per via endovenosa.

Dott. SILVIO FLAMINI, assistente

La rapidissima evoluzione verso la guarigione di questo ascesso polmonare, manifestatosi come complicazione di un intervento per ulcera duodenale perforata e la completa restitutio ad integrum del disegno polmonare in brevissimo lasso di tempo, mi hanno fatto ritenere utile la pubblicazione di questo caso.

G. S. di anni 36, appuntato dei CC. RR. da Ollolai (Nuoro).

Entra in Ospedale il 6 agosto 1938-XVI. Cartella di sezione n. 337.

Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Soffrì di malaria quindici anni fa ed ebbe accessi febbrili per la durata di circa sei mesi; una cura chininica li fece scomparire, nè sono più ricomparsi. Ricorda che, sei anni fa, dopo una purga, ebbe una melena di notevole entità, della quale non fu chiarita la causa. Fin da allora avvertiva, ad intervalli, dolori all'epigastrio che si manifestavano qualche tempo (il paziente non sa precisare) dopo l'assunzione del cibo. Questa sintomatologia, non essendo molto grave e manifestandosi a lunghi intervalli, fu dal paziente trascurata. Due anni fa però, mentre si trovava in A.O.I., per la campagna italo-etiopica, i dolori all'epigastrio comparvero violenti, con irradiazioni all'ipocondrio destro ed alle ultime vertebre toraciche; sopravvenivano due o tre ore dopo i pasti, si placavano dopo un'ora-un'ora e mezza, per ricomparire specie nelle ore notturne quando il paziente era a stomaco vuoto. Scomparivano con l'assunzione anche di modiche quantità di cibo. Per questi disturbi fu rimpatriato. Anche in patria la sintomatologia continuò con caratteri di periodicità: quindici o venti giorni di sofferenza alternati a periodi di benessere quasi completo della durata di due o tre mesi, fino al gennaio del corrente anno. Da allora i dolori dopo i pasti sono divenuti quotidiani.

Da quattro giorni si erano ancor più esacerbati, erano divenuti pressochè continui, tanto che il paziente si è mantenuto spontaneamente digiuno e stamane ha preso una purga.

Sei ore fa il dolore si è fatto improvvisamente violentissimo, sincopale è comparso qualche conato di vomito.

Esame obbiettivo: Facies addominale, alito acetonico, lingua e labbra riarse. Respiro toracico, superficiale, frequente. Polso 95, ritmico valido. Nulla di anormale agli organi endotoracici.

Addome contratto, ligneo, specie nei quadranti superiori, dolentissimo su tutta la sua superficie, ma più intensamente all'epigastrio, dove, un po' a destra della linea mediana esiste anche una zona iperestesica; ogni manovra palpatoria è impossibile per lo stato di contrazione dei muscoli addominali e per la dolorabilità dell'addome.

Si interviene immediatamente con diagnosi di ulcera gastro-duodenale perforata.

Intervento (Dott. Costa). Narcosi eterea.

Laparotomia mediana xifo-ombelicale. All'apertura del peritoneo si riscontra scarsa quantità di liquido puruloide libero nell'addome. Sulla faccia anteriore del duodeno, due centimetri circa a valle dell'anello pilorico, esiste una perforazione delle dimensioni di una grossa testa di spillo; essa si trova al centro di una zona dura, di aspetto cicatriziale delle dimensioni di una moneta da una lira. Il duodeno è aderente alla colecisti.



FIG. 1.

Escissione e sutura dell'ulcera. Gastro-enterostomia trans-mesocolica posteriore. Sutura totale a strati della parete addominale.

Il decorso post-operatorio immediato è normale, in quarta giornata il paziente è completamente sfebbrato, dalla seconda ha già iniziato una progressiva alimentazione. In settima giornata si tolgono i punti.

In nona giornata presenta un rialzo termico: 37°,7. Nei giorni successivi la temperatura aumenta progressivamente, compare un dolore all'emitorace sinistro, posteriormente, ed una tosse secca, insistente; scarsa espettorazione, fluida, inodora. Obbiettivamente: ipofonesi marcata in corrispondenza del lobo superiore di sinistra; alla ascoltazione: fini rantoli in corrispondenza della zona ipofonetica. Le condizioni generali peggiorano progressivamente.

Cinque giorni dopo l'inizio della sintomatologia polmonare si esegue un'esame radiografico (fig. 1) che rivela una zona di modica opacità di forma triangolare con apice all'ilo e base ascellare interessante il lobo superiore di sinistra, il limite in-

feriore è evidentemente costituito dalla scissura interlobare. Il giorno successivo all'esame radiografico l'escreato aumenta di quantità ed ha un

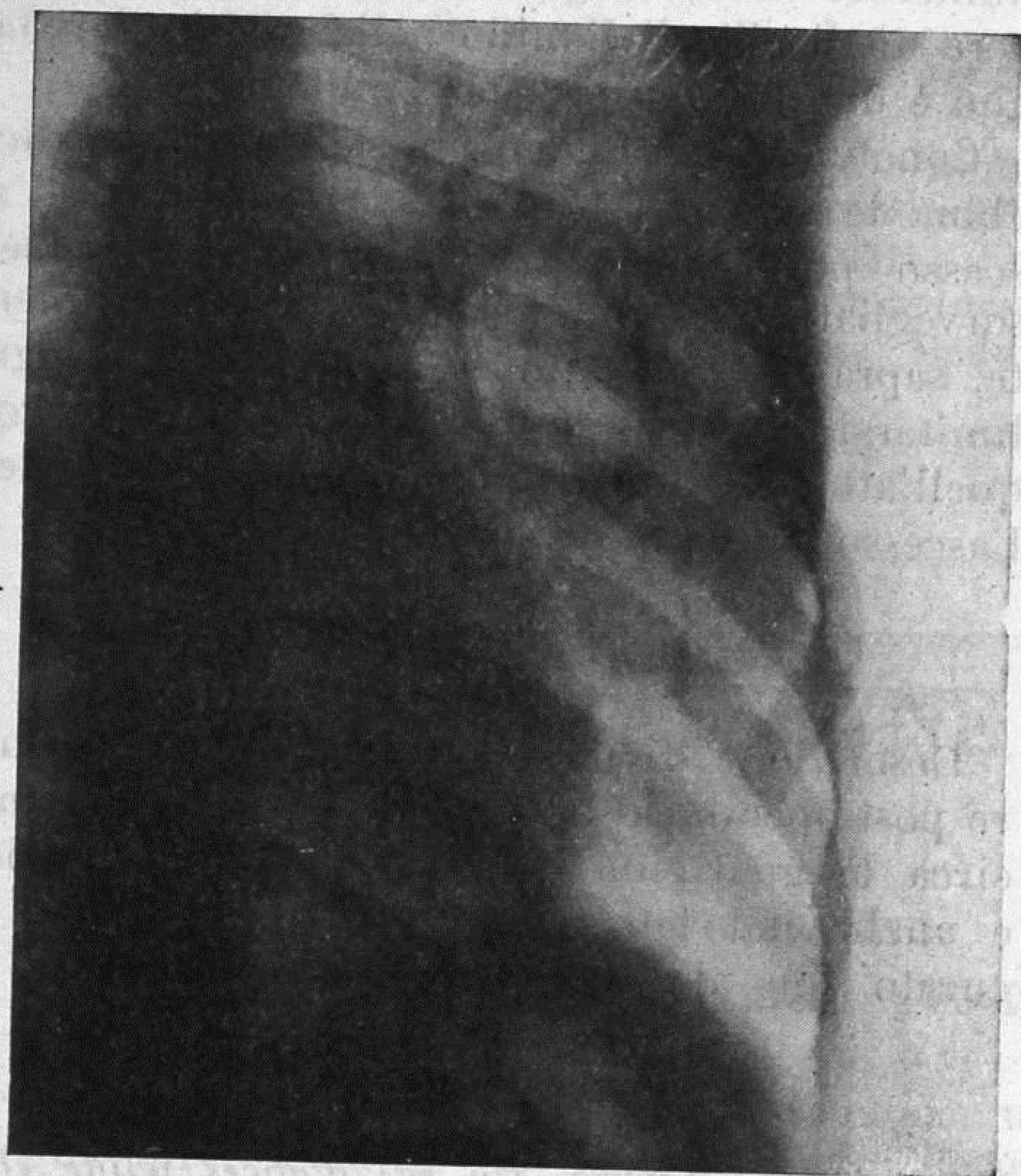


FIG. 2.

odore fetido caratteristico; la quantità raggiunge i 250 cmc. e su tale media si mantiene per dieci giorni, raggiungendo un massimo di 350 cmc.; non si sono mai avute vomiche vere e proprie

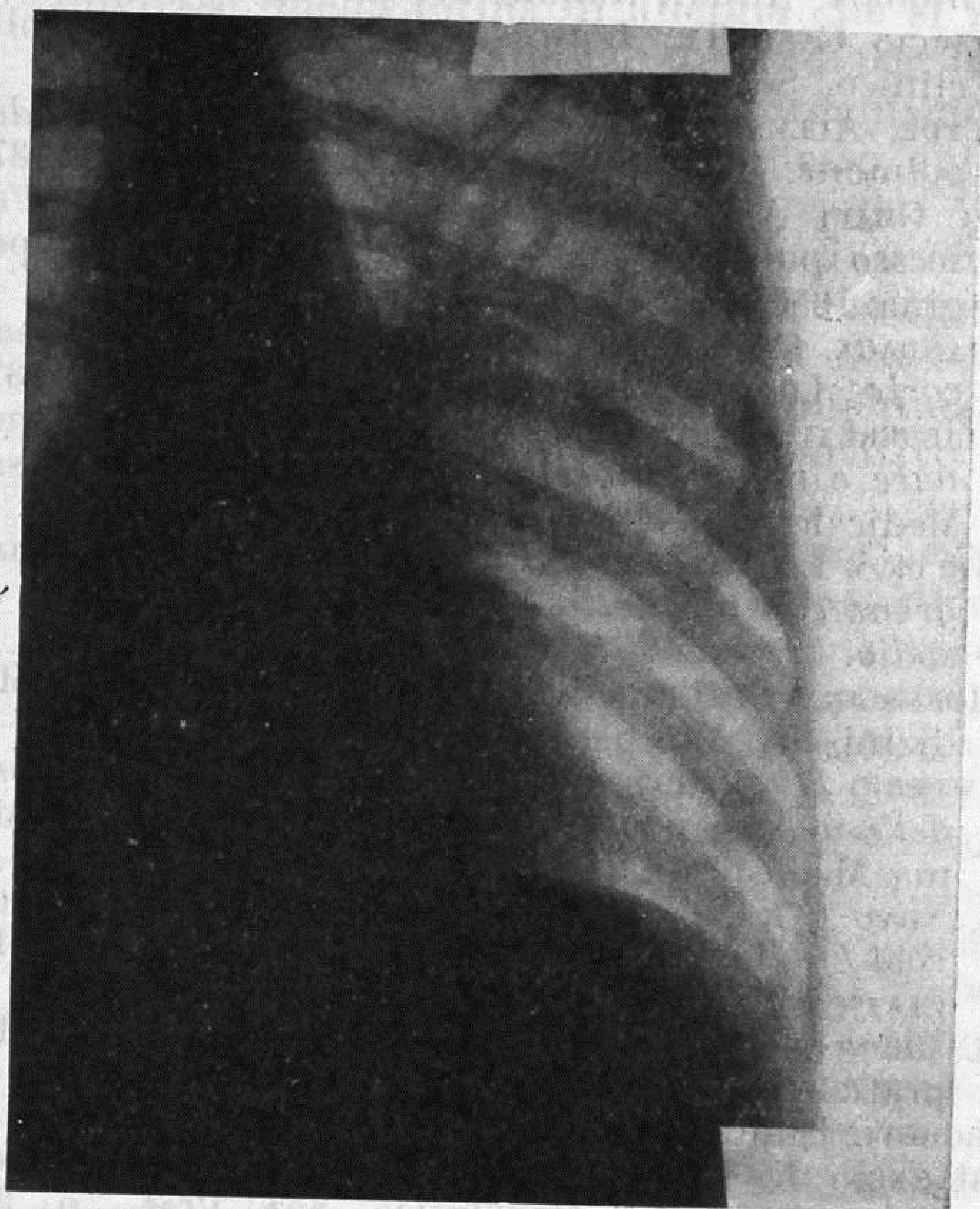


FIG. 3.

ma soltanto espettorazione continua (vomica frazionata).

A tre giorni di distanza dal primo si pratica un nuovo esame radiografico (fig. 2) che rivela, al centro della zona opaca precedentemente riscontrata, una cavità a maggior asse verticale, circondata da una zona di addensamento. Dopo il primo esame radiografico, nel sospetto di trovarsi di fronte ad un ascesso polmonare, come doveva confermare il secondo esame, si inizia una terapia di iniezioni endovenose di alcool al 33 % nella quantità di 40 cmc. quotidiani. Le condizioni generali, non appena iniziata l'espettorazione fetida, cominciano a migliorare lentamente, ma progressivamente. In ventiquattresima giornata dall'intervento una nuova radiografia (fig. 3) dimostra una manifesta diminuzione nelle dimensioni della cavità ed un rischiaramento notevolissimo della zona di addensamento circostante.

Le condizioni generali migliorano ora rapidamente, l'espettorato diminuisce di quantità, diventa pressochè inodoro. Si proseguono le iniezioni di alcool a giorni alterni: il paziente ha ricevuto in tutto 600 cmc. di alcool al 33 %, divisi in quindici iniezioni endovenose. A un mese dall'intervento, cioè ventun giorni dopo l'inizio della sintomatologia polmonare, l'ammalato è apirettico, pressochè scomparsa l'espettorazione che è completamente inodora; le condizioni generali sono ottime. Una radiografia praticata quindici giorni dopo rivela una completa « restitutio ad integrum » del disegno polmonare, senza nessuna opacità residua (fig. 4).

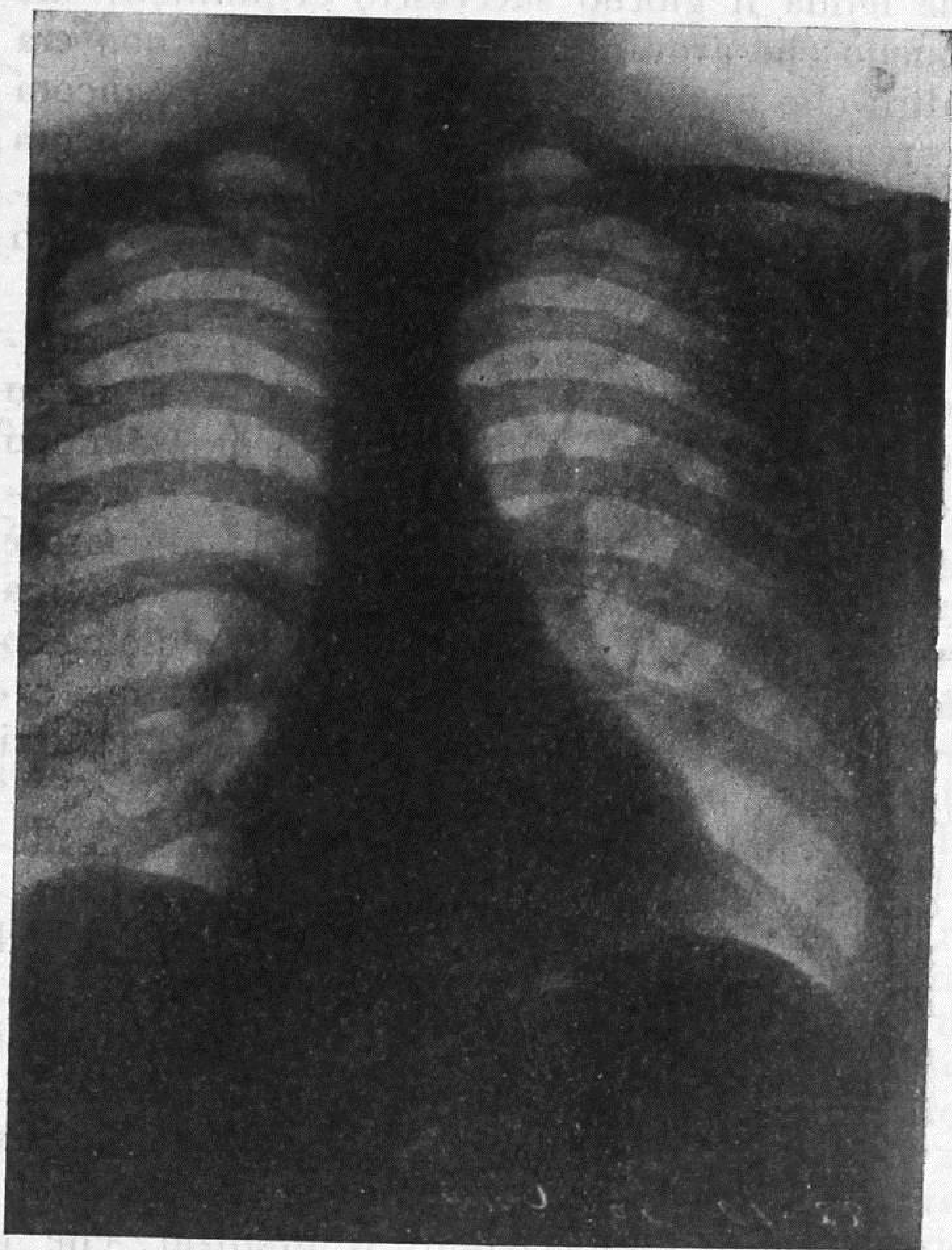


FIG. 4.

L'ascesso polmonare come complicanza di interventi operatorii non è evenienza rarissima; discussa ne è ancora l'eziologia, per quanto la teoria broncogena in contrapposto a quella embolica abbia acquistato maggior numero di sostenitori. Certo che in un intervento

in narcosi sono presenti tutte le cause necessarie, come risulta dalle esperienze di numerosi autori (Zagarese, Loreti), per la comparsa di una suppurazione polmonare cioè: soppressione del riflesso della tosse, inalazione di germi e possibile occlusione dei bronchi. Anche il Paolucci nella recentissima relazione al congresso di chirurgia è giunto a queste conclusioni. Nel nostro caso potrebbe citarsi a sostegno di questa teoria la forma triangolare ad apice ilare e base ascellare della opacità, forma propria dell'atelettasia da occlusione bronchiale, ben diversa da quella dell'infarto embolico (Paolucci loc. cit.).

Con il Paolucci potremmo pure chiederci nel nostro caso, se la prima manifestazione clinica dell'affezione fosse un focolaio di broncopolmonite o non piuttosto la manifestazione iniziale dell'ascesso polmonare.

La prima radiografia infatti, come i segni steto-acustici, ci mostrarono un quadro che poteva essere interpretato come un quadro di broncopolmonite, ma l'inizio dell'espettorazione fetida il giorno successivo ci ammonì che quello che avevamo visto ed ascoltato non era altro che un ascesso nel quale non era ancora percepibile la cavità, perchè non si era ancora iniziata l'espettorazione. Mai abbiamo riscontrato durante il decorso della malattia segni fisici di cavità nel parenchima polmonare.

Sorprendente è stata in questo caso la rapidità dell'evoluzione; infatti un mese e mezzo dopo l'intervento, cioè circa un mese dopo che la radiografia ci dette la chiara immagine di una cavità nel parenchima polmonare è scomparsa ogni sintomatologia, non solo, ma non rimane nessun segno neppure radiologico dell'affezione sebbene si trattasse di una cavità che sulla lastra misurava nove centimetri per sei (fig. 4).

Noi abbiamo iniziato subito una terapia medica ed abbiamo tenuto in continua osservazione specie radiografica il malato, pronti ad intervenire, ove l'affezione avesse manifestato una tendenza evolutiva, ma fu chiaro fin dal primo controllo dalla diminuzione della cavità ed ancor più dal raschiaramento della zona di addensamento circostante, segno sul quale deve essere basato il giudizio, che il processo evolveva verso la guarigione. Se fossimo dei fautori convinti dell'alcool-terapia inneggeremmo all'efficacia di questo trattamento; si può certo ritenere che nel mio caso essa possa aver contribuito ad accelerare la guarigione dell'affezione ma ritengo che questa si debba essenzialmente al drenaggio naturale in questo caso perfetto, della cavità. A prova di ciò sta il fatto che in nessuna delle numerose lastre eseguite ci è riuscito di scorgere un livello di liquido nella cavità; il ristagno è dunque sempre stato nullo.

Concludendo, ritengo che la terapia medica abbia le sue ragioni e la sua efficacia nell'ascesso polmonare, ma l'ascesso stesso, ben sorvegliato e seguito, specie radiologicamente, saprà dirci in ogni caso se ad essa bisogni limitarsi od intervenire chirurgicamente con quell'atto operatorio che le caratteristiche dell'ascesso faranno scegliere.

RIASSUNTO.

Descrizione di un caso di ascesso polmonare post-operatorio in cui si è avuta in un mese circa la guarigione completa dal lato clinico e anche dal lato radiologico. Il paziente fu curato con alcool per via endovenosa.

BIBLIOGRAFIA

Blechmann e Kiberg. *Un cas d'abcès fétide chez un enfant. Guérison exceptionnellement rapide par vomique.* La Presse Médicale, pag. 1615, 1937.

Canavero M. *Ascessi aspiratori del polmone.* Il Policlinico, Sez. Chir., pag. 1, 1935.

Cantelmo O. *Sulle gangrene e sugli ascessi polmonari.* Annali italiani di chirurgia, n. 4, 1929.

Ciaccio Case Th. *L'ascesso del polmone.* Il Policlinico, Sez. Prat., n. 11, 1935.

Clyde, Allen Blachmann. *La cura dell'ascesso del polmone.* The Journal of toracic surgery, 1937.

Da Gradi A. *Il pneumotorace nella cura dell'ascesso polmonare.* Il Policlinico, Sez. Prat. pagina 1656, 1936.

Fiandaca. *Cura degli ascessi polmonari con le onde corte.* La medicina contemporanea, n. 2, 1937.

Fliederbaum. *Il trattamento dell'ascesso polmonare e della gangrena con l'emetina.* La Presse Medicale, n. 74, 1930.

Goldkin L. *Il trattamento degli ascessi e delle gangrene con le iniezioni endovenose di benzoato di sodio.* La Presse Medicale, n. 102, 1935.

Hoesslin. *Sull'ascesso polmonare.* Deutsche Medizinische Wochenscrift, 1935.

Imperio S. *Criteri discriminativi per l'indicazione dell'emetina negli ascessi polmonari.* La Riforma Medica, n. 2, 1937.

Landau e Kamerer. *Le iniezioni endovenose di alcool nelle malattie polmonari purulente.* La Presse Medicale, n. 64, 1933.

Laurence J. *Gli ascessi polmonari.* Journal des praticiens, n. 10, 1929.

Loreti. Citato da Paolucci.

Magnoni F. *Su la terapia diatermica dell'ascesso del polmone.* Il Policlinico, Sez. Prat., n. 32, 1935.

Mignot R. *La cura medica delle suppurazioni polmonari.* La Presse Médicale, n. 64, 1932.

Paolucci R. *Suppurazioni polmonari.* Relazione del XLV° Congresso della Soc. Ital. di Chirurgia.

PERONI, PIETRANTONI, PITTANI. *Del valore terapeutico della broncoscopia nelle bronchiectasie e negli ascessi polmonari.* Il Policlinico, Sez. Med., n. 1, 1935.
PORTA C. F. *Contributo alla terapia broncoscopica dell'ascesso polmonare.* R. Accademia dei fisiocratici, aprile 1937.
RECORDIER e DUMON. *A proposito dell'evoluzione favorevole di un ascesso polmonare trattato con l'alcool.* La Presse Médicale, n. 5, 1937.
SIMON e MAGROU. *La cura degli ascessi polmonari con l'alcool endovenoso.* La Presse Médicale, n. 89, 1935.
STORZ. *La cura medica dell'ascesso polmonare.* Zeitschrift für aertzliche Fortbildung, aprile, 1935.
ZAGARESE. Citato da PAOLUCCI.

SUNTI E RASSEGNE

ALLERGOSI.

Allergia e sistema vegetativo.

(S. THADDEA. *Zentralbl. f. inn. Mediz.*, 25 febbraio 1939).

Si definiscono malattie allergiche o, per meglio dire, malattie da ipersensibilità allergica tutte quelle reazioni con cui l'organismo preventivamente sensibilizzato per la penetrazione in esso di una sostanza eterogenea (antigene, allergene), reagisce alla reiniezione o all'equivalente riassorbimento dello stesso antigene o allergene. Per il medico ha soprattutto interesse quella forma di allergia che si manifesta come ipersensibilità, quando per la formazione di anticorpi specifici l'organismo reagisce alla reintroduzione dello stesso antigene o allergene, in modo diverso da prima. A questa modalità di reazione corrisponde anatomopatologicamente la « infiammazione iperergica » descritta da Roessle e dalla sua scuola. Caratterizzano questa forma di infiammazione la idratazione e necrosi del connettivo e la stasi sanguigna.

Sempre più si riconosce la importanza del sistema vegetativo per le manifestazioni cliniche dei fenomeni allergici. Il sistema vegetativo comprende, oltre ai nervi vegetativi, anche le cellule ad essi collegate ed il sistema ormonale. Oggi si sa che la eccitazione dei nervi vegetativi non si trasmette energeticamente, ma materialmente: l'eccitazione libera sostanze biologicamente attive (adrenalina, acetilcolina) al punto di passaggio dalla fibra pre- a quella post-ganglionare e alla terminazione del nervo, dove esso in forma di fine reticolo terminale avvolge la cellula come in un velo sottile. Nel sistema vegetativo sono inoltre interpolate delle stazioni superiori, i « centri vegetativi » situati nel mesencefalo (sostanza grigia che tappezza le parti ventrali del III ventricolo, regione sottotalamica, tuber cinereum). È indubitabile che gli allergici presentano spesso una labilità generale del sistema nervoso vegetativo: così p. es. tutti conoscono la grande influenza dei fattori psichici e nervosi per il determinarsi degli attacchi asmatici.

Ricerche cliniche e sperimentali dimostrano che nelle sindromi allergiche esiste una ipereccitabilità del sistema autonomo. Un tempo si parlava molto di vago- e simpaticotonia, oggi si preferisce il termine « labilità del sistema vegetativo » o meglio ancora « stigmatizzazione vegetativa ». Le prove farmacologiche poi con le sostanze vagotrope risp. simpaticotrope, rivelano solo lo stato di eccitabilità delle terminazioni nervose periferiche ma non lo stato dei centri vegetativi: inoltre i detti farmaci non hanno azione strettamente elettiva su una delle sezioni del sistema nervoso vegetativo, ma azione amfotropa in rapporto a fattori interni (stato ormonale) ed esterni (dose del farmaco introdotto). Dimostrata è l'azione antiallergica della adrenalina: eccitando le terminazioni del parasimpatico esplica azione vasocostrittrice, opposta quindi alla vasodilatazione che caratterizza i fenomeni allergico-anafilattici. La favorevole azione dell'atropina è invece dovuta al fatto che essa paralizza la muscolatura liscia innervata dal parasimpatico e quindi impedisce o risolve lo spasmo. Il calcio agisce favorevolmente perchè esso diminuisce la eccitabilità del sistema nervoso vegetativo e rende i capillari molto meno permeabili.

Le reazioni allergiche sono indiscutibilmente anche in rapporto con lo stato ormonico dell'organismo; lo dimostrano le variazioni della capacità di reazione di uno stesso individuo alle diverse età. Dati clinici e sperimentali dimostrano l'influenza esercitata da diversi ormoni sulle reazioni allergiche. Così l'ormone del lobo ipofisario posteriore attenua lo shoc anafilattico sperimentale, lo stesso effetto si ottiene anche con l'ormone paratiroideo. Recentemente si sono trattati con vantaggio dei casi di asma con la opoterapia paratiroidea: del resto è noto che alcuni asmatici presentano il sintomo di Chwostek e la ipereccitabilità galvanica di Erb. Dei due ormoni prodotti dalla surrenale, l'adrenalina che tronca l'accesso nello shoc anafilattico, somministrata permanentemente aumenta invece in grado notevole la disposizione alla anafilassi; mentre sono ancora contradditori i risultati sperimentali sull'azione dell'ormone corticale. È accertata l'influenza degli ormoni genitali sulle reazioni allergiche. Così l'asma bronchiale preferisce determinate epoche endocrine, i periodi mestruali, la pubertà, la gravidanza, il climaterio; così è relativamente frequente una sfavorevole influenza della mestruazione sulla comparsa e sulla esacerbazione degli accessi asmatici e sperimentalmente si possono provocare nel periodo intermestruale accessi di asma in donne asmatiche somministrando loro l'ormone follicolare. La castrazione di conigli maschi subito prima o dopo la sensibilizzazione,

diminuisce di circa 1/4 la loro ipersensibilità alla reiniezione: nelle femmine non si nota invece alcun effetto della castrazione sull'ipersensibilità.

L'ormone tiroideo favorisce l'allergia. Perciò è relativamente frequente la coesistenza di asma e di Basedow, perciò la irradiazione della tiroide col radio o con i raggi X si ripercuote favorevolmente sui disturbi asmatici. Sperimentalmente, la tirossina aggrava sensibilmente la anafilassi nelle cavie sensibilizzate, lo stesso si ottiene iniettando nel peritoneo degli animali l'ormone tireotropo: mentre gli animali privati della tiroide si dimostrano più resistenti alla anafilassi, la diminuzione di ipersensibilità raggiunge quasi il 300 % se nelle cavie la tiroidectomia è eseguita dopo avvenuta la sensibilizzazione. Il metodo curativo dello shoc insulinico, usato per la schizofrenia, dà buoni risultati anche nell'asma. A seconda della gravità del male, occorrono circa 15-20 provocazioni di shoc con dose di 40 U. di insulina, per guarire l'asma. Gli estratti di milza e di fegato iniettati alle cavie attenuano le reazioni allergiche.

Oltre agli ormoni, anche le vitamine influiscono sulla disposizione alla allergia: questo è dimostrato soprattutto per la vitamina C. Iniettata a conigli poco prima della reiniezione scatenante, la vitamina C impedisce lo shoc mortale; la somministrazione orale abbondante della stessa vitamina C ai cani attenua o addiritura impedisce lo shoc anafilattico. L'azione antianafilattica della vitamina C non pare però sia dovuta alla sua qualità vitaminica bensì alle sue proprietà riducenti: così oltre all'acido ascorbico anche molte altre sostanze riducenti (glutatione, cisteina, tiosolfato di sodio) iniettate alle cavie qualche tempo prima dell'iniezione scatenante, inibiscono lo shoc in almeno il 50 % dei casi. Contradditori sono i risultati della terapia dell'asma con la vitamina C: si ottengono indiscutibilmente buoni risultati in alcuni casi, in quelli che presentano un considerevole deficit di vitamina C.

Le reazioni allergiche stanno anche in rapporto con anomalie del sistema elettrolitico, del rapporto acido-basico e del ricambio idrico: i dati relativi sono però ancora piuttosto contradditori. P.

La malattia da siero.

(L. GIRARD. *Bulletin Médical*, 25 marzo 1936).

La malattia da siero può comparire nell'uomo quando gli s'inietta un siero terapeutico (antidifterico, antitetanico, antimeningococcico, anticolibacillarie) specie se di origine equina.

La reazione è diversa a seconda che il soggetto ha precedentemente ricevuta o non una iniezione di siero. Negli individui iniettati per la prima volta i prodromi della malattia da siero compaiono in genere dopo 8-10 giorni: il punto dell'iniezione è iperestesico, la pelle circostante è arrossata e edematosa, i gangli corrispondenti sono sensibili: poi compare rapidamente l'eruzione febbrile. Negli individui invece che hanno precedentemente, anche a distanza di anni, ricevuta un'iniezione di siero, i feomeni morbosi sono più precoci ed anche immediati: si può avere un rossore edematoso che può accompagnarsi a suffusioni sanguigne ed a fenomeni necrotici subito dopo l'iniezione.

L'eruzione appare come una chiazza di orticaria nel punto iniettato. La stessa lesione quindi si manifesta al tronco, agli arti, alla faccia, a tutta la superficie cutanea. Il malato avverte un forte prurito, esacerbato dal calore del letto.

L'eruzione di orticaria, che può complicarsi con zone di eritema, è variabile, transitoria, con fasi di recrudescenza e di accalmie.

Oltre a questa eruzione tipica della malattia da siero sono stati descritti eritemi morbilliformi, scarlattiniformi, polimorfi. Ma sembra che questi eritemi febbrili tardivi non siano proprio dovuti al siero, ma piuttosto legati ad un'infezione streptococcica secondaria.

L'eruzione è accompagnata sempre da febbre a tipo remittente o intermittente, più alta quando l'eruzione è scarlattiniforme o morbilliforme.

I gangli linfatici sono ingrossati e dolenti.

Gli accidenti articolari si manifestano a livello delle piccole articolazioni metacarpo-falangee o metatarso-falangee, e anche a carico del polso, del ginocchio, del gomito, della caviglia: le articolazioni diventano edematose e dolenti.

Oltre a ciò si ha cefalea, vomiti, albuminuria leggera e transitoria.

Questi sono i sintomi cardinali della malattia da siero che in genere durano 3-4 giorni, talvolta con recidive.

La complicazione nervosa più frequente è la neurite con paralisi amiotrofica dissociata del plesso brachiale a tipo superiore interessante la 5ª e 6ª radice cervicale (paralisi e atrofia del feltoide, gran dentato, sopra e sottospinoso o gran pettorale), o con paralisi del radiale.

Tale complicazione si manifesta in genere 5-6 giorni dopo l'iniezione con dolore locale ed impotenza funzionale e dura due o tre mesi. Sembra di origine meccanica in quanto consisterebbe in una funiculite epidurale da congestione del foro di coniugazione e, nel caso della paralisi radiale in uno strozzamento del nervo nella doccia dell'omero.

La malattia da siero crea uno stato di choc che mette in evidenza o accentua disturbi da lesioni preesistenti.

A parte ciò si possono avere varie forme di malattie da siero: 1) forme localizzate con una placca d'orticaria più o meno accentuata

fino alla gangrena nel punto d'iniezione; 2) forme generalizzate caratterizzate dalla prevalenza di un sintomo: *a)* febbrile, *b)* eruttiva con tutte le sue varietà: orticariana, pruriginosa, marginata, scarlattiniforme, morbilliforme, *c)* artralgica, vero reumatismo serico, *d)* nervosa con paralisi amiotrofica degli arti superiori o a tipo di paralisi radiale, *e)* ganglionare, *f)* cardiaca, *g)* con morte improvvisa.

Nella malattia da siero da reiniezione, ossia quando l'iniezione si fa in un individuo che ha avuto precedentemente altre iniezioni di siero, gli accidenti sono immediati, precoci, e gravi. I sintomi dominanti sono: eruzione, malessere, nausee e collasso con angoscia cardiaca e tachicardia. Lo stato allarmante dura in genere 4-5 giorni. I sintomi sono meno gravi quando sono tardivi.

Nella difterite la malattia da siero, è meno frequente a causa dell'uso di iniezioni massive: predominano le forme cutanee con artralgie ed adeniti.

Per la prevenzione del tetano si adoperano in genere dosi deboli (10 cmc.) e perciò si hanno manifestazioni più imponenti con forme tardive e gravi, fenomeni nervosi e talvolta segni di rigidità muscolare che fanno pensare al tetano.

Nella meningite cerebro-spinale oltre all'orticaria, alla febbre, alla dispnea asmatica si ha la meningite serica. Questa compare dopo 8-9 giorni e si manifesta con accentuazione dei segni meningei (cefalea, rigidità nucale, Kernig, vomiti). Il liquor diventa più torbido e la febbre risale, ma i polinucleari rimangono intatti, l'albuminorachia aumenta, i meningococchi scompaiono. Tutti i sintomi si attenuano se s'interrompe la sieroterapia rachidea.

Il siero perde con il tempo la sua tossicità: il giorno del salasso del cavallo è molto tossico, l'undicesimo giorno la sua tossicità è diminuita della metà, al settantesimo giorno è ridotta ad un quarto e dopo tredici anni ad un ottavo.

Sono stati tentati numerosi mezzi chimici e fisici per renderlo meno tossico senza mai riuscirvi.

Solo il riscaldamento a 56° per un'ora al giorno per quattro giorni consecutivi fa diminuire la tossicità del siero quattro volte il suo valore senza ridurre le proprietà terapeutiche.

Roseneau e Anderson consigliano di iniettare dosi massive e ripetute di siero prima che sia spirato il periodo di 10-12 giorni di incubazione.

Besredka consiglia di praticare innanzi tutto un'iniezione nel retto di 10 cmc. di siero previo clistere glicerinato. Dopo ciò si fa una inizione di prova sottocutanea di un cmc. ed un'ora dopo l'infermo può senza danno ricevere la dose terapeutica.

I sali di magnesio e di cesio (eosinato di cesio) impedirebbero la formazione delle precipitine e dei flocculati serici.

La tossicità del siero si può anche diminuire desalbuminizzandolo.

Per la difterite ed il tetano Ramon ha preconizzata la siero-anatossiterapia, che consiste nell'associare all'iniezione di siero l'iniezione di anatossina che si ripete successivamente.

Per la cura della malattia da siero in atto giova il cloruro di calcio, che può adoperarsi anche come preventivo (un grammo il giorno dell'iniezione e due grammi nei giorni successivi). DR.

RENI E VIE URINARIE.

La diagnosi della calcolosi renale e delle vie urinarie.

(H. HEUSSER. *Praxis*, 10 novembre 1938).

La diagnosi della calcolosi renale e delle vie urinarie si basa su i sintomi clinici, gli esami di laboratorio, l'esame strumentale e il reperto radiologico.

a) Tra i sintomi clinici occupa il primo posto il dolore che ha caratteri particolari. Si manifesta improvvisamente ai lombi con diffusione in avanti all'inguine, alla vescica, all'uretra ed accompagnato da meteorismo, neusea, vomito. La prima colica può presentare qualche difficoltà diagnostica per la possibile confusione con altre malattie renali (idronefrosi, rene mobile, ecc.), e con affezioni della cistifellea, dell'intestino, dell'appendice o dell'apparato ginecologico. Oltre all'esame diretto possono orientare i dati anamnestici.

È caratteristico il fatto che il dolore si ha spesso dopo movimenti (cavalcate, ginnastica, danze, ecc.) localizzati ad un lato del corpo, e diventa sempre più forte nelle coliche successive.

Il dolore causato dalla pressione diretta del calcolo sulla pelvi o da una leggera reazione infiammatoria prodotta dal calcolo stesso, è generalmente localizzato ai lombi, è poco caratteristico e può essere confuso con la lombaggine.

La pressione esercitata durante e subito dopo la colica nella regione dove si trova il calcolo provoca di regola un'esacerbazione del dolore, ma in qualche caso lo attenua. Nelle fasi di accalmia la pressione stessa può suscitare una leggera dolenzia. Solo nella calcolosi del bacinetto la pressione combinata davanti e di dietro con ambo le mani riesce sensibile.

I calcoli vescicali provocano dolore e tenesmo nei movimenti del corpo.

Quando coesiste pollakuria per la diagnosi differenziale giova ricordare che essa aumenta di notte nei prostatici, mentre nella calcolosi vescicale il riposo a letto determina attenuazione di tutti i disturbi.

Un altro sintoma importante della calcolosi delle vie urinarie è l'ematuria. Sempre o quasi sempre i calcoli determinano piccole emorragie specie dopo movimenti attivi o passivi. Da ciò la necessità di praticare l'esame delle urine prima e durante movimenti. Al riguardo è a rilevare che l'ematuria da calcolosi si rivela solo al microscopio, mentre quelle abbondanti devono far pensare più ai tumori. Oltre a ciò è a tenere presente che le piccole ematurie oltre che da affezioni urinarie possono essere provocate da altre condizioni, come ad es. l'appendicite. In ogni caso le leggere ematurie devono sempre indurre a praticare l'esame cistoscopico ed a ricercare il bacillo tubercolare nelle urine.

L'emissione di calcoli, naturalmente convalida la diagnosi di litiasi renale, ma in ogni caso non depone per la guarigione potendo altri conglomerati persistere nell'apparato urinario o formarsene di nuovi.

La litiasi delle vie urinarie è spesso accompagnata da disturbi della minzione per occlusione meccanica diretta o per spasmo riflesso. Questi fatti non sono rilevabili clinicamente, ma si manifestano solo con una diminuzione della quantità delle urine seguita da incontinenza, e non di rado anche con dolori vescicali.

È anche possibile che un calcolo produca il blocco del rene corrispondente e per via riflessa anche di quello controlaterale donde l'anuria totale.

Spesso si ha la coesistenza di calcolosi renale e di infezioni delle vie urinarie, in quanto l'una è causata e sostenuta dall'altra. In tali casi spesso è difficile precisare quale sia stata l'affezione che ha preceduta e causata l'altra.

b) L'esame dell'urina per l'affezione in questione ha notevole importanza e forse più per l'aspetto macroscopico ed il reperto microscopico che per il risultato delle prove chimiche. Da ciò la necessità che l'urina sia raccolta con speciali cautele e in modo da evitare che risulti mescolata con secrezioni della prostata, dell'uretra e della vagina (metodo del doppio bicchiere per l'uomo e cateterismo per la donna).

L'ispezione macroscopica rivela il colore dell'urina, l'intorbidamento, la presenza grossolana di sangue, di fiocchi di muco, l'aspetto lattiginoso omogeneo della fosfaturia, torbido e denso della piuria, l'intorbidamento giallo-rossastro degli urati, ghiaioso e bianco scintillante dei cristalli di fosfati, o il sedimento calcinoso e melmoso di fosfati. Si può sospettare la calcolosi quando le urine emesse di recente presentano già abbondanti precipitati, sospensione o depositi di renella.

L'esame microscopico dell'urina centrifugata o sedimentata deve essere indirizzato alla ricerca di leucociti e di batteri come indici d'infezione, e di eritrociti come indici di lesioni delle vie urinarie prodotte meccanicamente dai calcoli. La presenza eventuale di cristalli microscopici non ha molta importanza potendo più dipendere da una reazione attuale dell'urina che essere indice di una diatesi litiasica.

c) L'esame strumentale consiste essenzialmente nella cistoscopia che consente di apprezzare il volume e la sede del calcolo, nonchè lo stato della vescica e degli ostii ureterali. La cromocistoscopia, d'altra parte, dà ragguagli sulla funzionalità renale e sullo stato di occlusione o non di ciascun uretere.

Con il catetere ureterale talvolta si può toccare un calcolo incuneato nell'uretere, ma tale reperto ha valore solo in concordanza di altri segni, perchè anche il semplice turgore della mucosa potrebbe causare l'arresto del catetere.

Naturalmente la cistoscopia dà risultati molto relativi quando il calcolo è localizzato nelle parti alte dell'uretere, nella pelvi e nel rene.

d) L'accertamento dei calcoli è stato notevolmente facilitato dagli esami radiologici, che si possono praticare con i seguenti metodi. Il radiogramma semplice delle vie urinarie può dare ragguagli solo generici e non sempre precisi; dà ombre evidenti quando i calcoli sono di ossalato o di carbonato di calcio, e molto deboli quando constano di soli urati.

L'esame radiologico combinato con il cateterismo ureterale dà su per giù i medesimi risultati ma consente l'esplorazione dell'uretere e di apprezzare la consistenza e la localizzazione del calcolo.

La pielografia retrograda associata alla cistoscopia da ragguagli ancora più precisi.

La radiografia urosecretoria (pielografia endovenosa) è più comoda per il medico e per l'infermo in quanto dà immagini di contrasto delle vie urinarie senza bisogno di esami strumentali. È perciò particolarmente indicata quando non è possibile praticare il cateterismo e la cistoscopia, e nelle coliche acute quando cioè è indispensabile fare rapidamente la diagnosi differenziale (appendicite, perforazioni, ecc.).

Il pielogramma gassoso, ossia l'esame radiografico dopo riempimento dei bacinetti con gas dà talvolta immagini molto nette, ma è di rado adoperato.

L'esame radiologico per l'accertamento di calcoli in vescica è indicato nei caso di restringimenti uretrali che non consentono la cistoscopia. DR.

Localizzazione esatta ed indicazioni operatorie dei calcoli renali.

(A. GARCIN. *Bulletin Médical*, 25 febbraio 1939).

La calcolosi renale deve essere sospettata quando si hanno coliche renali, dolori sordi nella regione lombare, ematurie e piurie.

Con l'esame clinico è difficile fare la diagnosi di calcolo renale. Quando c'è idro- o pionefrosi si può palpare il rene ingrossato, ma fuori della crisi dolorosa la palpazione del rene calcoloso non provoca dolore.

Solo la radiografia può rilevare la presenza e la sede del calcolo. L'esame deve essere fatto sul complesso delle vie urinarie e non solo sulla regione sospetta, per evitare di non mettere in evidenza un calcolo dell'altro rene o dell'uretere.

La radiografia indicherà il volume, il numero, la forma dei calcoli. Se l'ombra del rene è molto visibile riesce facile accertare dove il calcolo è situato in rapporto al rene, il che ha molto importanza per l'indicazione operatoria (pielotomia o nefrotomia). In caso contrario bisogna ricorrere alla pielografia che oltre a dare indicazioni sulla sede del calcolo rivelerà la forma del bacinetto e dei calici nonchè il grado della dilatazione.

Più che la urografia venosa, bisogna utilizzare il cateterismo degli ureteri che consentirà di conoscere: 1) se l'infezione è localizzata al solo rene calcoloso o anche all'altro, il che ha molte importanza perchè l'infezione può determinare la formazione di altri calcoli; 2) di conoscere la natura dell'infezione (colibacilli, stafilococchi, ecc.); è noto come gli stafilococchi diano spesso recidive; 3) di apprezzare il valore funzionale di ciascun rene basandosi sulla differenza della concentrazione ureica; questo dato è molto importante se si tratta di praticare una nefrectomia o una nefrotomia.

Mentre le sonde stanno a posto si procede alla pielografia preferibilmente bilaterale. Se il calcolo non è opaco ai raggi X apparirà in chiaro nel bacinetto iniettato (è questa la sola maniera di svelarne la presenza); se invece è opaco la differenza di opacità tra il calcolo ed il liquido iniettato consentirà di precisarne la localizzazione. Nei casi nei quali non esiste differenza d'opacità si dovrebbe ricorrere alla pielografia gassosa, ed in mancanza una sondo opaca spinta fino al bacinetto potrà dare utili indicazioni.

Nei casi di calcolo unilaterale del bacinetto è indicata una semplice pielotomia, fatta al più presto possibile. Ma negli individui molto vecchi, con stato generale mediocre, con costante elevata, con una litiasi bilaterale suppurata, ma relativamente ben tollerata, bisognerà astenersi dall'intervenire, a meno che non intervengano speciali circostanze: crisi ripetute, dolorose, febbrili; pionefrosi chiuse.

Quando esiste contemporaneamente un calcolo renale ed ureterale dallo stesso lato; bisogna prima intervenire sull'uretere quando il rene è in buono stato. Se il rene è completamente perduto lo si asporterà senza occuparsi del calcolo ureterale. Se il rene ha ancora un certo valore occorre aprirlo e drenarlo, rimettendo l'ablasione del calcolo dell'uretere e dopo la scomparsa dei fenomeni acuti.

Nel caso di calcolo del bacinetto da un lato e renale dall'altro lato occorre cominciare dal primo e praticare qualche settimana più tardi la nefrotomia dell'altro rene.

Nei calcoli renali bilaterali la regola classica è quella di cominciare dal rene più malato. Ma vi sono casi nei quali è opportuno cominciare dal rene in migliori condizioni, e precisamente: 1) quando il rene migliore è solo poco infetto, ha un calcolo bene limitato in un calice che richiede una piccola nefrotomia; 2) quando l'altro rene a causa di numerosi calcoli presenta una suppurazione abbondante, un certo grado di dilatazione, ed è esposto a frequenti recidive. In queste condizioni con lo sbarazzare il rene migliore del suo calcolo può dare risultati lontani migliori e spesso una guarigione completa. Ma in mancanza delle condizioni stesse conviene cominciare dal rene malato.

In ogni caso è opportuno limitarsi a fare sul rene molto malato, molto compromesso, una semplice nefrotomia che per lo più produce un notevole miglioramento. Quindi praticare in tutta tranquillità la nefrolitotomia sul rene più malato per eliminare il calcolo o procedere alla nefrectomia.

In conclusione in presenza di un calcolo renale occorre contenersi nel modo seguente: *a*) intervenire precocemente, anche quando i disturbi funzionali siano scarsi, perchè il calcolo fissato nel rene comporta sempre una prognosi grave, e tanto più quanto più grande è il calcolo, anche se ben tollerato; *b*) drenare sistematicamente il rene nefrotomizzato anche se poco infetto; *c*) rispettare la capsula propria del rene per poter fare una buona emostasi con punti di sutura solidi e che non taglino il parenchima renale, e non mettere mai tamponi intrarenali; *d*) essere conservatori perchè il drenaggio prolungato consente a reni uro-pionefritici di riprendere la propria funzionalità; *e*) nei casi gravi diminuire i rischi dell'intervento praticando l'operazione in due tempi. DR.

Elettrocoagulazione ed elettroresezione nel prostatico.

(H. BOEMINGHAUS, *Mediz. Welt*, 8 aprile 1939).

La ipertrofia della prostata è considerata una malattia della vecchiaia; in realtà non di rado i primi sintomi si manifestano già verso i 50 anni (e talora anche a 45 anni) in forma di disuria, pollachiuria notturna, erezioni moleste. Fino a poco tempo fa esistevano due soli metodi curativi: i cateterismi e la prostatectomia, il primo riservato ai casi non molto avanzati, il secondo ai rimanenti. I cateterismi hanno solo una efficacia sintomatica: alla lun-

ga si deve ricorrere egualmente all'operazione, e il paziente si trova allora in condizioni molto peggiori che se fosse stato operato fin dal principio. Recentemente il repertorio terapeutico si è arricchito: la elettroresezione della prostata ipertrofica, molto diffusa specie in America, è raccomandata dall'A. soprattutto per i casi iniziali. In questo stadio la elettroresezione risp. elettrocoagulazione rappresenta un intervento breve e quasi privo di pericoli: esso distrugge i gruppi glandolari periuretrali, quelli da cui si sviluppa l'adenoma, e impedisce in tal modo qualsiasi futuro sviluppo di una ipertrofia prostatica.

Per questo trattamento « profilattico » della ipertrofia prostatica si preferirà alla resezione la elettrocoagulazione, perchè agisce più in profondità. Se invece la ipertrofia della prostata è già sviluppata si preferirà la prostatectomia alla elettroresezione, purchè il paziente si trovi o almeno si possa riportare a condizioni tali da far sperare che esso tolleri bene il grave intervento. Infatti negli stadi avanzati di ipertrofia prostatica gli effetti della resezione sono puramente locali, si ripristina cioè un buon svuotamento della vescica: la maggior parte dell'adenoma prostatico rimane in sito, e sembra che l'adenoma per via ormonica danneggi il testicolo e tutto il sistema endocrino. La prostatectomia enuclea completamente l'adenoma, ciò che ha effetti vivificanti per tutto l'organismo. Nei casi avanzati in cui l'organismo non è in condizioni da sopportare l'operazione radicale, la elettroresezione è preziosa perchè almeno ripristina lo svuotamento spontaneo della vescica ed evita così l'intervento prima in uso, la fistola soprapubica artificiale. Nei casi poco avanzati di ipertrofia prostatica la elettroresezione è consigliabile se l'adenoma è piccolo, oppure se è particolarmente sviluppato nel lobo medio; risultati meno buoni si ottengono negli adenomi grandi, soprattutto nella pura forma subvescicale e nella ipertrofia pura del lobo laterale, anche se si asportano larghe zone di tessuto. Ottimi risultati dà la elettroresezione nella sclerosi dello sfintere; essa è anche indicata se dopo la prostatectomia persiste un ostacolo allo svuotamento.

Elettrocoagulazioni energiche e ripetute possono impedire per un certo tempo la progressione del carcinoma prostatico.

Prima di praticare la elettroresezione si applicherà al paziente un catetere a permanenza; in tal modo diminuisce la iperemia dello sbocco vescicale e la prostata si detumefà. Pochi giorni prima dell'intervento si allontana il catetere: con cateterismi regolari si dovrà in questi giorni svuotare e lavare la vescica. Negli uomini in età avanzata l'A. pratica prima della elettroresezione anche la vasoresezione, ciò che evita una epididimite post-operatoria.

P.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

G. CARRIÈRE-HURIEZ-HOCQ. *La maladie de Lobstein (Le syndrome des sclérotiques bleues dans ses rapports avec la fragilité osseuse et l'hérédo-syphilis).* Un vol. di 163 pag. Paris, Doin édit., 1938. Fr. 40.

Numerose osservazioni personali e l'esame della vasta letteratura riguardante la malattia in soggetto, portano gli AA. ad originali conclusioni che possiamo riassumere nelle proposizioni seguenti:

La malattia di Lobstein non è così eccezionale come lo suppongono i classici. Caratteristica dominante ne è la sindrome degli sclerotici bleu e non la fragilità ossea: il nome pertanto dato a questa distrofia di osteopsatirosi non è appropriato; possono isolarsi nella congerie dei casi esaminati cinque sindromi: oculare, ossea, articolare, auricolare, endocrina. Ma accanto alle forme complete ne esistono incomplete, oligosintomatiche (auricolari, osteodistrofiche, articolari) nelle quali è costante una stigmata oculare ed il carattere eredofamiliare.

A base di ciò devesi invocare l'eredosifilide.

Dalle nozioni affermate si traggono due conseguenze terapeutiche: la cura antisifilitica non è capace di migliorare la sindrome affermata; essa può essere usata per arrestare la propagazione della distrofia. Consigliabile è la paratiroidectomia, intervento che si è mostrato capace di eliminare la fragilità ossea.

MONTELEONE.

N. v. JAGIC e K. FELLINGER. *Die endokrinen Erkrankungen, ihre Klinik, Pathologie und Therapie.* Un vol. in-8° di 297 pagg., con 27 figg., Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1938. Prezzo RM. 9.

Branca recente della medicina, affascinante per le maravigliose scoperte e per i nuovi orizzonti che esse aprono, l'endocrinologia è in continuo rigoglio, tanto che non è agevole aver presente lo stato attuale delle nostre conoscenze in proposito. A questo provvedono gli AA. di questo libro i quali, in uno sguardo al cammino percorso su questa via, segnano le mète raggiunte, i mutamenti nelle teorie, i risultati pratici raggiunti nella clinica e nella terapia.

Dopo una breve introduzione in cui gli AA. espongono i concetti generali dell'endocrinologia, essi passano alle singole ghiandole endocrine, la tiroide, le paratiroidi, la pineale, le complesse funzioni, ipofisarie, i surreni, il pancreas, le gonadi, l'insufficienza plurighiandolare, gli ormoni ancora discutibili (cuore, reni, milza, ecc.). Dedicano poi un capitolo a parte ai disturbi della crescita e della nu-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

trizione e descrivono da ultimo metodi di ricerca (determinazione del metabolismo basale, prove di carico).

Pure offrendo una netta visione delle teorie, il libro ha essenzialmente fini pratici, diffondendosi sulla parte clinica, diagnostica e terapeutica.

fil.

G. LAROCHE. *La puberté.* Editore Masson, Parigi. Fr. 65.

È la raccolta di studi clinici e fisiopatologici compilati da vari autori, tra i quali nominiamo, perchè più noti G. Marañon e Ch. Richet.

Ogni capitolo è una monografia sui vari fenomeni che caratterizzano questo tumultuoso periodo della vita, ed i disturbi e le anomalie che possono accompagnarlo.

L'argomento è completamente aggiornato nella sua parte dottrinale. Ma non sono trascurate le deduzioni pratiche. Il libro contiene eccellenti norme igieniche che valgono ad assicurare il corso regolare, della pubertà ed eccellenti suggerimenti per correggere gli eventuali disturbi.

DR.

P. BASTAI e G. C. DOGLIOTTI. *Physiopathologie de la Vieillesse et introduction à l'étude des maladies des vieillards.* Paris, Masson e C., éditeurs, 1938. Fr. 50.

È uno studio, vasto e profondo, non rivolto alla causa originaria della vecchiaia, come espressione terminale dei destini della vita, che gli AA. ritengono un problema insolubile e che preferiscono affidare alle speculazioni filosofiche, ma ai fenomeni patogenetici della senilità, basati sul controllo di metodi biologici; è partendo da questo studio che gli AA. stessi si propongono di raggiungere la più chiara conoscenza della patologia e della clinica delle malattie dei vecchi. Questo concetto programmatico spiega come la parte più sostanziale e più estesa del libro sia dedicata alla fisiopatologia generale della senilità, premettendo l'esposizione dei caratteri morfologici esterni ed interni del vecchio, di tutti gli organi e di tutti gli apparati, e una parte minore e non sistematica alla patologia propriamente detta.

Data una definizione della vecchiaia, basata sul principio di una involuzione organo-funzionale, e sul concetto che la caratteristica funzionale emergente della senilità è rappresentata dal difetto di energie di riserva, gli AA. svolgono la loro tesi interessandosi della genesi della vecchiaia in generale e dei caratteri morfologici e funzionali della senilità normale. È a questi elementi fondamentali e generici di fisiopatologia che essi apportano il maggior contributo personale, con finalità interpretativa e non definitiva del problema della vecchiaia, basandosi su fenomeni biologici e clinici e su una loro sottile e meditata analisi, per arrivare al principio generico che la patologia dell'individuo di età avanzata si differenzia grandemente da quella dell'adulto, dell'uomo nella sua completa e stabilizzata evoluzione fisiologica.

Nella tessitura del libro si svolgono concetti che mirano a rendere sempre più tenui i legami con il tradizionalismo clinico, e sempre più solidi quelli con la metodica sperimentale rigorosamente biologica; sul che si potrebbe anche fare osservare che l'esperimento non esclude la clinica e le sue *classiche tradizioni*, ma che di essa può essere un elemento costruttivo, che completi, nella migliore definizione dei caratteri morfo-fisiologici originari, i diversi quadri patologici, quali si presentano alla obbiettiva e pratica osservazione del medico.

Particolarmente accurata e interessante è la parte dedicata alla morfologia e alla fisiologia della vecchiaia, specialmente per quanto si riferisce alla biochimica e alla emodinamica, non trascurando di ricordare le scarse cognizioni, sinora in nostro possesso, sul controllo neuro-ormonale della vita vegetativa e di relazione. Segue uno studio critico delle teorie antiche e moderne sulla genesi della vecchiaia, per giungere alla interpetrazione del fenomeno data dagli AA., per la quale la vecchiaia deriverebbe da una insufficiente circolazione, che renderebbe la vita interiore impropria ad assicurare la vitalità delle cellule e dei tessuti.

È una teoria molto semplice, pur se trattata da complesse e laboriose indagini, e per ciò più realistica, e che si riallaccia a vecchi concetti, che gli AA. stessi rievocano ricordando una massima di Leonardo da Vinci a intestazione del capitolo da cui la definizione deriva.

È un'opera questa che si legge in lingua francese, ma come espressione purissima della scienza medica italiana, e che onora altamente chi la pensò e la scrisse.

G. MÒGLIE.

Accademie, Società Mediche, Congressi

Accademia delle Scienze di Ferrara.

Seduta ordinaria 1° marzo 1939-XVII.

Presiede il Prof. Boschi.

Aracnoidite ottico-chiasmatica con sella espansa, emiacromatopsia e glicosuria.

F. Rietti. — L'O. riferisce intorno ad un malato, che era stato giudicato affetto da lesioni oculari diabetiche, e nel quale invece egli constatò, accanto ad una glicosuria semplice senza iperglicemia, una atrofia discendente del nervo ottico destro, con orientamento emiacromatopsico del campo visivo, e una sella turcica espansa. Un'esplorazione delle vie ottiche, praticata dal prof. Fasiani, dimostrò l'esistenza di un'aracnoidite ottico-chiasmatica, cistica e adesiva; nessuna neoplasia della regione. Dopo l'operazione, arresto dell'evoluzione della malattia; con lieve miglioramento del visus in O.D.; persistenza della glicosuria. A 15 mesi di distanza dall'intervento, nessun sintomo neurologico atto a far dubitare dell'esistenza di un tumore cerebrale. L'A. ricorda dalla letteratura qualche caso di aracnoidite ottico-chiasmatica con sella turcica ingrandita, e discute le possibili cause del reperto. Infine, illustra il significato dell'emiacromatopsia (fenomeno precorritore dell'emianopsia) e della glicosuria (dovuta a lesione dei centri neuro-vegetativi dell'ipotalamo).

Discussione.

Boschi rileva il particolare interesse della comunicazione del Rietti — tanto bene illustrata — rispetto alla patogenesi della aracnoidite oto-chiasmatica e in genere della aracnoidite. Anche rimossa, coll'intervento operatorio, la cisti aracnoidea, un grado cospicuo di alterazione nervosa rimane. Si tratta della alterazione nervosa primigenia che ha suscitato la aracnoidite, fatto secondario. Christiansen ha avuto torto dicendo che ogni cisti aracnoidea presuppone un tumore; ma c'è un fondo di verità nella sua asserzione nel senso che la aracnoidite da cui proviene la cisti è espressione di un processo patologico del nevrasse esistente in profondità anche se non tumorale. Non si nega che a sua volta la cisti per proprio conto possa nuocere attraverso meccanismi biologici. Il miglioramento consecutivo della eliminazione operatoria della formazione cistica non esclude la patogenesi neurogena della aracnoidite: perchè il miglioramento stesso può attribuirsi, sia alla rimozione della causa compressiva sovrapposta e sia alla attivazione del drenaggio neuromeningeo realizzata dall'ampia apertura operatoria degli spazi meningei.

Rietti soggiunge in proposito che effettivamente anche in atrofie tabetiche dell'ottico sono state spesso osservate complicanze aracnoiditiche.

M. Verzella. — *La cura chirurgica della miopia elevata.*

F. Vigi. — *Lesioni della lingua di probabile natura micotica - Guarigione.*

Presentazione di due casi di sclerosi a placche recentemente curati col metodo diacefalo-rachidiano.

G. Boschi. — Presenta due malati di sclerosi a placche trattati recentemente ed ora in aspetto di essere guariti con qualche deficit. Li presenta in programma di sistematicità nella presentazione di tale casistica sottoposta a tali cure; non già come casi eccezionali e nemmeno come casi tra i più brillanti; sono i due unici casi trattati nel servizio neurologico dell'Arcispedale in queste ultime settimane.

Uno dei due è un ragazzo che aveva presentato un primo episodio nel giugno 1937. Era ammalato da due mesi allorchè gli si praticò l'autonevrassoterapia (modalità *d* delle cure diacefalorachidiane). Sindrome prevalentemente emiplegica S., con diplopia.

Riappparve il movimento alle dita del piede, scomparve la necessità di strisciare il piede nell'andatura, e così la diplopia.

L'altro soggetto è una donna ammalata da nove anni, con andatura rigida e barcollante con tendenza a cadere verso D.; tremore intenzionale alle mani. Fatti piramidali a D., tra cui quelli di deficit di Mingazzini e Barré; assenza degli addominali e del patellare S.

Si ottiene un'andatura assai meno rigida, quasi normale, con scomparsa del barcollamento e del tremore alle mani. Modificazioni semeiotiche: ricomparsa del patellare S.; il segno del Babinski si fece meno costante; scomparsa dei segni di Mingazzini e di Barré; grande riduzione del nistagmo.

Lesioni ossee durante la terapia convulsivante cardiazolica.

L. Telatin. — L'O. dopo aver passato in rassegna la casistica registrata dalla letteratura in tema di fratture da accesso cardiazolico, dopo aver accennato alla evenienza relativamente frequente di lussazioni della mandibola, alla evenienza invece più rara di lussazione della spalla, riferisce su due casi personali di fratture ossee provocate dall'accesso convulsivante cardiazolico. Nel primo caso si ebbe frattura multipla della testa dell'omero con notevole spostamento ed accavallamento dei frammenti: nel secondo caso frattura multipla del collo chirurgico della scapola con discreto spostamento e incuneamento dei frammenti; la frattura si prolunga superiormente anche nella spina della scapola che appare pure sede di frattura. Nel primo caso la frattura avvenne durante il primo accesso provocato, nel secondo caso invece la paz. era già stata sottoposta ad una ventina di accessi cardiazolici e stava praticando ora la terapia associata insulino-cardiazolica, era già arrivata ad una trentina di shock insulinici e al terzo accesso cardiazolico della ripresa. In ambedue i casi si tratta di donne.

L'O. pensa nel primo caso, avvalendosi anche in ciò della casistica di altri AA., che la frattura sia avvenuta per una particolare fragilità delle ossa congenita od acquisita, per cui un trauma particolarmente forte ha provocato la frattura. Nel secondo caso l'O. pensa ed avanza l'ipotesi che gli shocks insulinici ipoglicemici ripetuti abbiano modificato la calcificazione delle ossa sì da renderle più fragili intervenendovi forse anche una eventuale alterazione nel funzionamento delle paratiroidi.

Il Segretario: dott. Barison.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il significato pronostico dell'albuminuria nella difterite.

È noto da tempo che nella difterite si può avere dell'albuminuria, di cui il significato è stato diversamente valutato dai diversi autori. O Kunzel (*Deut. med. Wochens*, 3 marzo 1939) l'ha ricercata in 558 casi, dimostrando che il rene risulta particolarmente sensibile alla tossina difterica, di modo che l'entità dell'albuminuria va di pari passo con la tossicità della malattia. Dal punto di vista pronostico, si sono dimostrati sfavorevoli quei casi in cui già al 2°-3° giorno si avevano quantità relativamente grandi albumina (più di 1/4 per 1000). Nella casistica dell'A. tutti questi casi sono stati letali non ostante la terapia più intensiva (sieroterapia, cardiotonici, trasfusioni). Di particolarmente grave significato pronostico è la presenza del sangue nell'urina, a cui segue 36-48 ore la morte.

Molto rari sono i casi letali con scarsa albuminuria; questa non mancò in nessuno dei casi letali, sicchè l'A. arriva alla conclusione che l'assenza di albuminuria depone per un decorso favorevole, quasi con la sicurezza di una buona prognosi. Le piccole albuminurie, che continuano soltanto per pochi giorni non hanno, si può dire, significato pronostico. Ma se durano oltre i 5 giorni, vi è da temere una complicazione, per lo più una miocardite; le altre complicazioni sono assai più rare. È probabilmente da escludersi un rapporto fra iniezioni di siero ed albuminuria. *fil.*

Malaria biotropica bismutica.

Un paziente 50enne, proveniente da Cuba, ma residente a Parigi da molti anni, ebbe nel 1935 disturbi gastrici che attribuiva ad una lues contratta prima della guerra mondiale. G. Milian (*Paris médic.*, 4 marzo 1939) gli consigliò una cura bismutica. Il paziente l'accettò malvolentieri perchè diceva di avere disturbi da qualsiasi medicamento. Alla prima iniezione di bismuto ebbe violenta reazione locale; le successive furono meno dolorose. Alla 6ª iniezione comparve una forte elevazione febbrile, preceduta da brividi e durata 12 ore. Gli stessi fatti furono osservati dopo l'iniezione successiva. La stessa sintomatologia si era manifestata nello stesso malato nel 1908, epoca alla quale essa era completata da ipertrofia considerevole della milza ed era guarita col chinino.

Al paziente allora fu consigliato di prendere del chinino. Ma avendo disturbi imponenti delle dosi comuni, ne prese solo 20 centigrammi al giorno. Così guarì della sintomatologia febbrile che non ricomparve col proseguimento della cura bismutica.

[L'A. non dice di aver fatto l'esame del sangue nè di aver trovato il parassita malarico, reperto che avrebbe accertato in modo indiscutibile l'esistenza di una latenza lunghissima della malaria, dal 1908 al 1935. *Nota del R.*]. L.

Il trattamento della polmonite nei bambini.

Ch. McNeil (*Edinburgh med. journ.*, marzo 1939) mette in rilievo la notevole utilità del trattamento della polmonite infantile nell'ospedale od almeno con una continua ed oculata assistenza infermiera. Importante è la dieta che durante il periodo della febbre alta deve consistere in abbondante somministrazione di liquidi: glucosio al 7 % in soluzione salina metà-normale, succo d'arancio diluito, eventualmente del tè leggero zuccherato ed acqua fresca. Niente latte nelle prime 36-48 ore; in seguito, lo si darà diluito e ben zuccherato, continuando così sino alla risoluzione della crisi.

Come medicina, l'A. consiglia una miscela alcalina utile per combattere l'acidosi: Vino d'ipecacuana g. 0,10; Spirito di etere nitroso g. 0,30; Acetato d'ammonio liquido g. 1,30. Ogni 3-4 ore. Nelle forme bronco-pneumoniche, con tosse secca e spasino bronchiale, praticare eventualmente un'iniezione ipodermica di atropina (mg. 0,08-0,16) che ha azione favorevole sulla dispnea; utile è anche l'uso del vapore.

Da tempo l'A. non usa più espettoranti; i cardiocinetici si daranno soltanto se se ne manifesta il bisogno; è utile la somministrazione regolare di piccole quantità di acquavite (4-8 grammi).

Utili sono i cataplasmi e le argille medicate, del tipo antiflogistine, collpasto, ecc., da cambiarsi ogni 1-2 giorni; generalmente ne risentono miglioramenti la dispnea ed il dolore.

L'A. patrocina caldamente l'esposizione del piccolo malato all'aria aperta metodo che egli applica con successo dal 1926. La culla od il letto sono posti sotto la finestra, di cui la parte inferiore deve rimanere largamente aperta; si mettono un berretto od una cuffia di lana sulla testa, dei guanti alle mani e, sopra le coperte un termoforo; tale esposizione del viso verso l'aria deve essere mantenuta giorno e notte dall'inizio della malattia per tutto il periodo febbrile, in tutte le stagioni ed in tutti i tempi; spesso una forte corrente di aria fredda investe la faccia. I risultati clinici sono: un certo abbassamento della febbre, scomparsa dell'irrequietezza, aumento del sonno sia di giorno che di notte, diminuzione di dispnea

e di tosse ed aumento nella profondità dei respiri. In casi di broncopolmonite acuta con forti accessi di tosse, si combinerà il trattamento all'aria libera con quello del vapore (con la caldaia o sotto la tenda) fino a che la tosse sia migliorata. *fil.*

Polmonite pneumococcica complicante la tubercolosi polmonare curata con M e B. 693.

J. H. Crawford (*The British medic. Journ.*, 25 marzo 1035) riferisce il caso di un giovane 22enne, ricoverato in sanatorio per tubercolosi polmonare, che ebbe polmonite pneumococcica da pneumocco tipo II e nel quale fu somministrato il prodotto M. e B 693 quando era in stato quasi comatoso. Se ne diede un grammo ogni 4 ore fino ad un totale di 5 gr. al giorno. Al 2° giorno di cura si ebbe caduta della temperatura e dopo 5 giorni era sfebbrato completamente e col polso di frequenza normale. Ebbe poi nuova elevazione febbrile dopo 3 giorni di apiressia; ma dopo 24 ore la febbre era cessata (e anche allora si somministrò M. e B. 693). L.

La tubercolosi dell'orecchio medio nel corso della infezione tubercolare.

L'orecchio medio, dice R. W. Müller (*Klin. Wochenschr.*, n. 4, 1939) può essere sede del focolaio tubercolare primitivo. L'infezione avviene attraverso la tuba, che spesso rimane sana. L'orecchio suppura, in 1/4 dei casi si ha la paralisi del faciale. Particolarmente caratteristico è l'ingrossamento delle glandole preauricolari.

Nei casi di tubercolosi non primitiva l'orecchio medio viene infettato per via ematogena, intracanalicolare o linfogena. La tubercolosi ematogena dell'orecchio medio può aversi precocemente o tardivamente nel corso della infezione: nel primo caso la si osserva già nel lattante. Può trattarsi di tubercolosi isolata (senza processi tubercolari attivi di altri organi) oppure di uno di vari focalai di disseminazione ematogena.

L'infezione si localizza o nella mucosa o nelle ossa dell'orecchio medio: nel secondo caso possono aversi sintmi a carico dell'orecchio interno prima di quelli dell'orecchio medio, talvolta i primi sintomi sono cefalee profonde e nevralgie del trigemino, l'esame radiologico dimostra la localizzazione ossea. Ematogena può essere l'infezione anche in alcuni casi di tisi cavernosa, per lo più però l'infezione avviene allora per via intracanalicolare. Si deve ammettere una infezione linfogena dell'orecchio medio in quelle otiti che si accompagnano a tubercolosi delle glandole cervicali. P.

Sulla cheratocongiuntivite.

Il quadro clinico di questa malattia, comparsa nella seconda metà del 1938 in alcune regioni della Germania, viene minutamente descritto da L. K. Smitmans (*Mediz. Klin.*, 24 febbraio 1939), che ne osservò circa 150 casi. Molti ammalati avvertono contemporaneamente ai fatti oculari, sintomi di catarro nasofaringeo. Nello stadio iniziale le congiuntive sono fortemente chemotiche ed iperemiche, la congiuntiva del bulbo è spesso sollevata in forma di vesciche. Vi è secrezione, per lo più siero-mucosa, quasi mai purulenta; le glandole preauricolari sono ingrossate in molti casi. I pazienti avvertono sensazioni di corpi estranei e hanno intensa fotofobia. Dopo 8-12 giorni si attenuano i sintomi congiuntivali, e allora o più tardi si manifestano opacamenti della cornea. Una osservazione continuata ha permesso all'A. di identificare in tutti i casi una compromissione della cornea, mentre W. Ohm la cui esperienza si basa su circa 700 casi osservati, dice di aver viste complicazioni corneali in poco più del 50 %. Secondo l'ultimo A. queste complicazioni sarebbero però raramente leggere (opacamenti dell'epitelio con singoli piccoli infiltrati che regrediscono in circa una settimana) e per lo più gravi, in forma di dischi di opacamento del diametro di 2-3 mm., numerosi soprattutto nella regione pupillare, persistenti e schiarentisi solo dopo circa 6-8 settimane. Smitmans descrive invece le alterazioni corneali come piccoli focolai rotondi od ovali, a margini sfumati, leggermente prominenti e a sede precipuamente intraepiteliale; dopo pochi giorni i difetti epiteliali si rimarginano, una durata più lunga si ha solo nei casi in cui i focolai corneali anzichè essere irregolarmente distribuiti, sono disposti a cerchi e a linee, in un certo rapporto con il decorso dei nervi corneali. Questa disposizione ha fatto ritenere ad alcuni che la malattia sia di natura erpetica: ma i tentativi di trasmissione alla cornea del coniglio sono stati negativi, come pure le inoculazioni intracerebrali: non si osserva inoltre mai uno degli esiti tipici della malattia erpetica, la cheratite dendritica. A differenza dagli altri AA., un esito in cheratite erpetica è stato però osservato da W. Reichling.

La prognosi è favorevole, l'esito definitivo è per lo più un peggioramento lieve della vista. Particolarmente molesto riesce però ai pazienti guariti, quando la sera guardano fonti luminose intense e puntiformi (lampade stradali) vedere intorno ad esse grandi cerchi di dispersione.

La malattia è trasmissibile: l'incubazione è di 5-10 giorni. L'esame batteriologico dà reperti eguali a quelli delle comuni congiuntiviti.

La malattia colpisce più facilmente individui che presentavano già delle affezioni oculari o le cui congiuntive sono soggette a irritazioni (ambienti polverosi). Avendo visto ammalarsi uno dopo l'altro i componenti di intere famiglie, e anche molti medici, Smitmans considera la cherato-congiuntivite epidemica

fortemente contagiosa; mentre Ohm ritiene che la contagiosità non sia molto notevole. La terapia è sintomatica: sembra diano buoni risultati le pennellazioni della congiuntiva con soluzione di nitrato d'argento all'1 %. Spesso reca sollievo la istillazione di atropina.

P.

La cura con la febbre nelle enterocoliti croniche.

In casi di enterocolite cronica ribelli alle comuni norme terapeutiche E. Lauda (*Med. Klinik*, n. 12, 1939) ha provocato degli accessi febbrili per mezzo di iniezioni di latte prima, di vaccini diversi poi, infine di solo vaccino antitifico iniettato per via endovenosa. Durante questa cura, praticata a 45 pazienti, venne sospesa qualsiasi altra terapia. In circa la metà dei casi la febbre provocata determinò un netto miglioramento dell'enterocolite. Questo miglioramento è in una parte dei casi immediato (dopo un unico o dopo 2-3 accessi febbrili cessano del tutto le evacuazioni per tutto un giorno e nei successivi si hanno evacuazioni normali, feci formate e ricoperte da scarso muco, pus e sangue nei primi giorni), in altri casi è tardivo (miglioramento progressivo delle feci dopo una serie di accessi febbrili, e infine guarigione). I miglioramenti immediati sono talora definitivi, altre volte transitori. Il meccanismo di azione della piretoterapia è diverso nei due gruppi di casi. Nei miglioramenti immediati, in cui il vantaggio ottenuto è proporzionale alla altezza della febbre provocata, la normalizzazione delle feci precede il miglioramento delle lesioni anatomiche: infatti la rettoscopia eseguita quando le feci sono già normali, dimostra che le lesioni della mucosa sono invariate. L'accesso febbrile ha in questi casi per conseguenza un rallentamento della peristalsi e la cessazione delle secrezioni acquose trasudative ed essudative (è nota la stitichezza che accompagna qualsiasi affezione febbrile): queste modificazioni della motilità e del contenuto intestinale permettono alle lesioni della mucosa di guarire in breve tempo. Invece nei miglioramenti tardivi peristalsi e secrezioni enteriche rimangono a tutta prima immutate, il primo effetto favorevole è risentito dalla mucosa ammalata le cui lesioni si avviano alla guarigione (per effetto di « proteinoterapia » o « attivazione protoplasmatica »): il progressivo migliorare delle feci è qui una conseguenza delle migliori condizioni della mucosa entero-colica.

P.

SEMEIOTICA.

Il " dolore elevato ,, negli emoperitonei di origine genitale.

B. Sorrentino (*La Clinica Ostetrica*, ottobre 1938) rileva l'importanza del « dolore elevato » nelle inondazioni ematiche endoperitoneali, sia di origine extrauterina che di origine uterina. Descrive un caso recentemente osservato di dolore elevato bilaterale per inondazione peritoneale da rottura di tuba gravida.

Il « dolore elevato » può essere diffuso e l'inferma lo avverte alla regione epatica, sternale, laterale destra del collo, sopraclavicolare, scapolare destra, braccio destro. Oppure, può essere limitato alla sola regione epatica o sterno-cervicale.

Esso può essere bilaterale, ma ordinariamente è unilaterale e compare a destra, perchè da questo lato le connessioni fra nervo frenico e plesso diaframmatico inferiore sono più importanti e perchè la branca addominale del frenico destro è molto più voluminosa della sinistra.

La nevralgia può essere controlaterale, nel senso che la sorgente dell'emorragia può risiedere dal lato opposto a quello in cui si verifica la nevralgia. Questa può essere precoce e violentissima, superando in intensità il dolore addominale; può, invece, seguire la sindrome addominale di 12-48 ore ed addirittura di qualche giorno.

È frequente nelle gravidanze ectopiche interrotte, con emoperitoneo, mentre è poco frequente nelle rotture di utero in travaglio di parto a termine; uno dei casi dell'A. presenta quindi un interesse notevole.

Circa la patogenesi del « dolore elevato », l'A. osserva che esso può avverarsi per diretta stimolazione del plesso diaframmatico inferiore da parte del versamento ematico, ma molto più spesso riconosce una conduzione nervosa simpatica.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sul meccanismo del fenomeno paradosso nell'agglutinazione. Importanza della specie e dello stipite microbico.

V. De Franciscis (*Diagnostica e tecnica di laboratorio*, gennaio 1939) rileva che per fenomeno paradosso s'intende il fenomeno per cui alcune volte l'agglutinazione avviene a titoli elevati e manca invece a forti concentrazioni del siero. Molti Autori hanno cercato di spiegare in vario modo questo fenomeno e per lo più lo hanno attribuito a modificazioni del siero· soltanto pochi Autori si erano accorti che anche l'antigene potesse avere una certa importanza in questo fenomeno.

L'A. perciò si è proposto di verificare quale fosse l'importanza sia della specie microbica che dello stipite bacillare nella produzione del fenomeno paradosso e quale l'importanza del siero: ha eseguito perciò una serie di esperienze che lo hanno condotto alle seguenti conclusioni.

Riguardo alla specie microbica, le brucelle sono quelle che quasi con costanza danno il fenomeno paradosso, particolarmente cogli antisieri preparati nel cavallo; quasi mai il fenomeno si ha nei paratifi, raramente nel

tifo. Il fenomeno paradosso si accentua con la diluizione dell'emulsione batterica, con la quale esso può essere messo in evidenza anche per specie microbiche che non lo rivelano con la ordinaria sospensione microbica che si usa per l'agglutinazione (per es. tifo). Con artifizi, e ciò soprattutto con la cultura in agar fenicato, si può rendere sensibile al fenomeno paradosso una specie microbica che ordinariamente non è sensibile o si può accentuare il fenomeno per specie che frequentemente lo danno. La cultura in agar fenicato rende stabili le sospensioni microbiche, come ne è prova la ritardata flocculazione aspecifica con il reattivo di Millon. In base a ciò l'A. ha espresso l'ipotesi di lavoro che il fenomeno paradosso fosse in rapporto, per quanto riguarda il microbo, con la maggior stabilità degli stipiti, e che i sieri in tanto producono il fenomeno di inibizione in quanto modificano la colloidolabilità delle sospensioni rendendole più stabili. L'ipotesi è stata confermata dal fatto che stabilizzando le sospensioni microbiche con l'aggiunta del 10 % di siero normale si rendono sensibili al fenomeno paradosso sospensioni microbiche trattate con antisieri che ordinariamente non determinano il fenomeno.

F. TOSTI.

Sul passaggio delle agglutinine antitifiche nel liquor.

Sanesi G. (*Giornale medico dell'Alto Adige*, agosto 1938) osserva che in 10 soggetti affetti da lesioni organiche o funzionali del sistema nervoso e trattati con piretoterapia mediante iniezioni endovenose di vaccini antitifici, viene studiato il comportamento del liquor nei riguardi della agglutinine; mentre nel sangue il tasso di agglutinine è enorme, invece nel liquor generalmente non è stata notata la loro comparsa; pure associando in alcuni casi della cilotropina per endovena, la quale ha decise proprietà di superare la barriera emato-liquorale, non sono comparse nel liquor le agglutinine specifiche; soltanto associando al trattamento vaccinico anche la malarioterapia è stato possibile riscontrare passaggio di agglutinine nel liquor.

A. BAUCE.

Modificazioni della tensione superficiale del sangue conservato in ghiacciaia.

Janneney, Wangermez et Mesple (*Paris Médical*, 25 febbraio 1939) hanno ricercato su un certo numero di campioni di sangue citratato, conservati in ghiacciaia, le modificazioni della tensione superficiale dinamica e statica.

Queste misurazioni hanno confermato il fatto già osservato in clinica che il sangue conservato in ghiacciaia mantiene lungamente i caratteri del sangue vivente, purchè esso sia ben conservato e lasciato a lungo in riposo.

Gli AA. ne deducono la necessità di standardizzare il prelevamento e la conservazione del sangue in vista di trasfusione.

S F.

VARIA

Viene al mondo in tassì inseguito dalla polizia.

Si ha da Stoccolma che notti sono un tassì veniva chiamato telefonicamente in una villa distante una trentina di chilometri dalla città. Una giovane signora in istato interessante attendeva presso il cancello. Salita nella vettura essa ha ordinato all'autista di accompagnarla a una clinica della quale ha dato nome e indirizzo. « Vi raccomando di far presto », ha soggiunto poi arrossendo lievemente, mentre si lasciava cadere sui cuscini del tassì che è partito a tutta velocità.

Il moltiplicarsi in questi ultimi mesi degli incidenti stradali per la massima parte dovuti alla inesperienza e alle folli corse alle quali si abbandonano molti autisti, ha indotto le autorità di polizia di Stoccolma a prendere misure di rigore e ad aumentare il controllo sulla circolazione degli autoveicoli per mezzo di numerose pattuglie di agenti motociclisti. Una di tali pattuglie, vedendo passare il tassì, ha fatto cenno all'autista di fermare. Ma questi, sentendo che la signora emetteva gemiti, invece di obbedire ha premuto l'acceleratore. La vettura ha proseguito la sua corsa con una velocità generalmente sconosciuta ai più quotati tassì, invano inseguita dagli agenti. L'inseguimento attraverso le vie della città silenziosa e deserte si è protratto per una buona mezz'ora.

Al rabbioso schioppettìo dei motori delle motociclette, allo strombettamento e alle grida degli agenti che continuavano inascoltati a intimare « il fermo » all'autista, molti abitanti spaventati si sono fatti alle finestre. Alla fine il tassì è giunto dinanzi alla Clinica e si è fermato. Balzati dalle motociclette gli agenti si sono lanciati sull'autista e lo hanno dichiarato in arresto. Questi è sceso dal suo sedile, e per giustificarsi non ha trovato di meglio che aprire lo sportello della vettura. Ma una sorpresa lo attendeva; i passeggeri erano due. Il lieto evento si era compiuto felicemente durante la movimentata corsa della vettura.

(Da « L'Arte Ostetrica », 31 gennaio 1939).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

V. DESOGUS. *Paralisi progressiva ed endemia malarica*. Tip. S. Bernardino, Siena, 1938.

Atti dell'XI Congresso Regionale di Brescia della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi. Tip. Cordani, Milano, 1938.

G. COZZOLI. *In tema di corpi estranei endoculari*. Tip. Ediz. Romane, Roma, 1938.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Per la lotta contro la sterilità femminile.

Il Ministro dell'Educazione nazionale, con circolare dell'11 aprile, ha richiamato l'attenzione dei Rettori delle RR. Università sulla lotta contro la sterilità femminile, invitandoli ad interessare i direttori delle Cliniche ostetrico-ginecologiche universitarie perchè questi non manchino, nello svolgimento dei rispettivi corsi, di dare adeguata trattazione alle cause e ai metodi di cura della sterilità femminile.

Il Ministro ha, in proposito, ricordato l'opportunità di esaminare, nei limiti consentiti dalle disponibilità finanziarie, la possibilità di costituire presso le dette cliniche degli appositi Centri per l'accertamento e la cura della sterilità femminile, d'intesa con le RR. Prefetture del Regno, giusta l'invito fatto a suo tempo dal Ministero degli Interni (Dir. Generale della Sanità Pubbblica) ai Prefetti del Regno.

Assistenza agli iscritti alla G. I. L. - Accertamenti presso i dispensari dei Consorzi prov. antitubercolari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato una circolare (n. 72, in data 12 aprile 1939-XVII) ai Prefetti, al Governatore di Roma e, per notizia, al Segretario del Partito, nella quale dice:

Allo scopo di assicurare la necessaria e tempestiva assistenza agli iscritti alla Gioventù Italiana del Littorio che risultino affetti da tubercolosi, questo Ministero, di accordo col Comando Generale della G.I.L., ha stabilito, a complemento della convenzione stipulata fra il Comando Generale stesso e l'I.N.F.P.S., che gli accertamenti diagnostici degli iscritti alla G.I.L., sospetti di affezione tubercolare, siano eseguiti gratuitamente anche presso i dispensari provinciali e le sezioni dispensariali dipendenti dai Consorzi provinciali antitubercolari.

Per tali visite dovrà essere fissato un orario diverso da quello delle visite ordinarie, previ gli opportuni accordi con i Comandi Federali.

Si prega di portare quanto sopra a conoscenza del Consorzio prov. antitubercolare ecc.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Ordinamento dei servizi sanitari e del Personale sanitario degli Ospedali.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubblica) ha diramato su questo argomento una lunga circolare, n. 28; essa è pubblicata integralmente in « Milizia Sanitaria » (15 aprile), cui rimandiamo i lettori.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ALESSANDRIA D'EGITTO. — Il concorso al posto di Primario Ostetrico Ginecologo nell'*Ospedale Italiano Benito Mussolini*, avvisato nei precedenti fascicoli 16 e 17, è soltanto per titoli, non già per titoli ed esami.

ASCOLI PICENO. *R. Prefettura.* — Assistente presso la Sez. med. micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; stip. L. 9000; indenn. suppl. L. 1000; 5 quadrienni dec; c. v. Età limite 32 a. al 31 dic. Scad. ore 16 del 31 maggio.

BOLZANO. *Ospedale Civile.* — Primario della Divisione medica; primario della Divisione chirurgica; titoli ed esami; età limite 45 a. Scad. 31 maggio. Rivolgersi alla Direz. amministrativa.

CUNEO. *Amministraz. provinciale.* — Medico di Sezione di seconda classe presso l'Ospedale neuropsichiatrico provinciale con sede in Racconigi; titoli; età limite 35 a. Scad. 15 maggio.

NARNI (Terni). L'*Ospedale Civile* di Narni assumerebbe subito interinalmente, in attesa di regolare concorso, Aiuto già pratico servizio chirurgico ospedaliero. Inviare domanda e Curriculum all'Amministrazione dell'Ospedale Civile, Narni (Terni).

PAVIA. *Amministraz. Provinc.* — Medico primario presso l'Ospedale psichiatr. provinc. in Voghera; titoli scientifici e pratici; stip. L. 11.000 e 5 aumenti del decimo, serv. att. L. 2600, alloggio per famiglia. Durante il biennio di prova il compenso è diminuito di un decimo. Scad. ore 17 del 15 giugno. Chiedere copia del bando.

ROMA. *R. Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori.* — Concorso per « titoli » e per esami congiuntamente per la nomina di tre tecnici preparatori: due per la Sezione di biologia sperimentale e uno per la Sezione di chimica biologica del R. Istituto « Regina Elena » per lo studio e la cura dei tumori.

Gli aspiranti che intendono prendere parte al concorso devono presentare alla Segreteria dei RR. Istituti Fisioterapici Ospitalieri in Roma (Viale Regina Margherita 295) non più tardi delle ore 12 del giorno 5 giugno 1939-XVII, la domanda di ammissione al concorso, specificante il posto al quale aspirano, stesa su carta da bollo da L. 4 e corredata dai documenti di rito e dai titoli prescritti.

L'assegno giornaliero, per i tecnici preparatori, è fissato in L. 24 con tre aumenti quinquennali in ragione di L. 400 annue, oltre l'aggiunta di famiglia, come per i dipendenti dello Stato. Gli assegni e le indennità sono soggette alle riduzioni e agli aumenti come per legge. Agli aspiranti vincitori del concorso saranno corrisposti durante l'anno di prova i 9/10 della paga giornaliera oltre l'aggiunta di famiglia.

Per informazioni e per avere copia del Bando rivolgersi alla Segreteria dei detti Istituti.

Roma, 5 aprile 1939-XVII.

Il R. Commissario: A. MESSEA.

ROMA. *Ministero dell'Educazione Nazionale.* — È bandito il concorso a direttore della Scuola di Ostetricia di Catanzaro. Termine utile per la presentazione dei documenti 31 maggio; per i concorrenti che si trovino all'estero, nell'Africa Italiana e nei Possedimenti italiani, è consentita la sola presentazione delle domande all'epoca indicata, mentre i documenti possono essere presentati fino al 30 giugno.

VENEZIA. *Opera Pia G. G. Giustiniani* (Ricovero Cronici). — Medico di Sezione; titoli. Chiarimenti alla sede. Scad. ore 17 del 31 maggio.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — Per titoli scientifici e pratici è aperto il concorso ad un posto di medico primario per l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Vercelli. Scadenza ore dodici del 15 giugno 1939-XVII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Provinciale. *Il preside*: BUSCA.

RR. Prefetture.

Proroga della presentazione dei documenti per i concorsi sanitari.

In esecuzione delle disposizioni impartite dal Ministero dell'Interno, Direzione generale di sanità pubblica, si avverte che il termine per la presentazione delle istanze per l'ammissione ai concorsi sanitari condotti indetti a suo tempo dalle RR. Prefetture, è stato prorogato a tutto il 20 agosto p. v.

In conseguenza di ciò gli interessati dovranno presentare, entro il termine predetto, le domande corredate dai prescritti documenti.

Sono indetti i seguenti concorsi:

A) per condotte mediche nelle province di:
Firenze, 10 posti (2 nel capol.); proroga 20 agosto;
Novara, per 9 posti; scad. 30 nov.;
Pisa, 6 posti (1 nel capol.); proroga 20 agosto;
Pola, 6 posti; proroga 20 agosto.

B) per ufficiale sanitario e medico capo dell'Ufficio d'igiene di:
Milano, per 11 consorzi; scad. 31 maggio, ore 12;

C) Novara, per medico addetto all'ufficio di assistenza sanitaria del comune; L. 16.000 aumentabili; scad. 20 agosto.

D) per i Laboratori provinciali d'igiene e profilassi, Sez. med.-micrograf.:
Ravenna, coadiutore; scad. 30 giugno, ore 18;
Rieti, coadiutore; scad. 30 luglio;

Per i bandi di concorso, schiarimenti ed altre informazioni rivolgersi alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

Concorsi a premi.

Premio Gallico

L'Accademia Medico-Fisica Fiorentina bandisce il concorso al premio triennale di L. 1200 istituito dal fu dott. Isacco Gallico. Il termine utile per la presentazione dei lavori scade col 31 marzo 1940-XVIII. Il premio sarà conferito secondo le norme di un regolamento, che s'invia a richiesta. Rivolgersi alla Segreteria. Residenza dell'Accademia: via Alfani 33, Firenze.

Premio « Berti ».

Questo premio, di L. 1000, è bandito dalla Società Medica Chirurgica di Bologna per un lavoro sul tema: « Le prove di funzionalità renale nel bambino sano ed ammalato ». Scadenza 31 marmo 1940.

Premio « Malaguti ».

Questo premio, di L. 1000, è bandito dalla Società Medica-Chirurgica di Bologna, per un lavoro sul tema: « L'importanza della ricerca dell'alcool nel sangue ». Scadenza 31 marzo 1940.

Premio « Emma Fabris ».

Il premio « Emma Fabris nata Ughi », di L. 600, è bandito dalla Società Medica Chirurgica di Bologna per un lavoro sul tema: « I distacchi epifisari dell'estremità prossimale del femore ». Scadenza 31 marzo 1940.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il Re di Bulgaria ha concesso la commenda di S. Alessandro al prof. Vincenzo Monaldi, vice-direttore dell'Istituto « Carlo Forlanini » di Roma, per i suoi meriti scientifici e clinici.

All'egregio prof. Monaldi che onora la medicina italiana, esprimiamo il nostro cordiale compiacimento. A. P.

Da S. M. Vittorio Emanuele III, Re-Imperatore, è stato, in questi giorni, insignito dell'onorificenza di Grande Ufficiale della Corona d'Italia, il dott. prof. Bernardino Masci, della R. Università di Roma, Chirurgo Primario nell'ospedale « Fate-Bene Fratelli ».

All'insigne prof. Masci, autore di pregevoli pubblicazioni scientifico-pratiche apprezzatissime e largamente diffuse fra i colleghi, le nostre cordiali felicitazioni. L. P.

Il prof. Giuseppe Sangiorgi, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Bari, è nominato socio corrispondente della R. Accademia di Medicina di Torino.

Il prof. A. Marchionini, direttore della Clinica dermatologica dell'Ospedale statale di Angora (Turchia), è nominato membro onorario della Società brasiliana di dermatologia e sifilografia.

Il premio « Lorenzo Crociani » per il quinquennio 1933-37 è stato assegnato dalla R. Accademia dei Fisiocritici di Siena al prof. Giovanni Romaniello, aiuto della Clinica ostetrica e ginecologica della R. Università di Siena.

Il « Lister Memorial Fund » di Londra ha conferito la medaglia Lister al prof. René Leriche, che nell'occasione ha tenuto una interessantissima conferenza al « Reale Collegio dei Chirurgi ». La fondazione suddetta data dal 1920; l'assegnazione viene fatta ogni tre anni. In precedenza erano stati insigniti Cheyne, von Eiselsberg, Cushing, Ballence, Muir

Il Comitato scientifico della Lega francese contro il cancro ha assegnato il premio Amerongen al dott. Angelo H. Roffo di Buenos Aires.

Alla presidenza dell' « Accademia Nazionale di Medicina » del Perù è stato chiamato il dott. Francisco Graña.

Alla presidenza della Società cubana di chirurgia è stato chiamato il dott. Riccardo Núñez Portuondo.

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE

E' stata conferita la croce di guerra al valor militare al dott. Salvatore Garofalo con la seguente motivazione:

« Ufficiale medico in una giornata di aspro combattimento, sprezzante di ogni pericolo, sotto l'intenso fuoco di fucileria e di mitragliatrici nemiche, si prodigava con alto senso del dovere nel raccogliere e nel curare i feriti, dando prova di ardimento e di elevato spirito di sacrificio. - Mai Ceu, 31 marzo 1936-XVI ».

NOTIZIE DIVERSE

XXI Aprile.

La ricorrenza della fondazione di Roma e la festa del lavoro si sono celebrate in tutta Italia con vibranti cerimonie. Tra i riti che si sono svolti, particolare significato ha assunto l'assegnazione dei distintivi d'onore, fatta personalmente dal Duce ai grandi invalidi del lavoro, in numero di 37 (dei quali 6 ciechi, 28 mutilati agli arti, un paralitico, un affetto da lesione alla spina dorsale, uno da lesione polmonare). Sono stati anche assegnati 1350 libretti di pensione a vecchi e invalidi del lavoro. Le cerimonie — di cui sono dati ampi resoconti nei giornali quotidiani — si sono compiute tra irrefrenabili manifestazioni di entusiasmo.

La Reale Accademia d'Italia ha tenuto, il giorno del Natale di Roma, in Campidoglio, all'Augusta presenza del Re e Imperatore, l'adunanza generale per il conferimento del premio Mussolini e dei premi accademici.

La Classe delle Scienze fisiche, matematiche e naturali ha assegnato un encomio al prof. Pietro Capparoni di Roma, per l'attività svolta nel campo della storia della medicina.

Congresso nazionale idrotermale.

Si è svolto a Roma, nel Salone dell'Autarchia alla Mostra del minerale italiano, il « Primo Congresso nazionale per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano », organizzato dal Sindacato nazionale fascista dei medici, sulle direttive del Ministero delle Corporazioni.

Alla manifestazione, a fianco delle gerarchie politiche e corporative, presero parte centinaia di medici convenuti a Roma da ogni parte d'Italia, i rappresentanti di Enti e di organizzazioni e i delegati di tutte le stazioni idrotermali italiane.

All'inaugurazione, che ha avuto luogo il 22 aprile, intervennero più di mille medici; erano presenti il ministro Lantini, il dott. Pavolini, l'accademico De Blasi e altre autorità; parlarono il sen. Bastianelli, S. E. Petragnani, il C. N. Rebucci, S. E. Lantini, S. E. Biagi.

In questo Congresso, presieduto dal Commissario Ministeriale del Sindacato nazionale fascista dei medici, senatore Raffaele Bastianelli, idrologi e clinici, igienisti e ginecologi, pediatri, specialisti, medici sociali, uomini di studio e di azione di riconosciuto valore, hanno illustrato i temi più importanti che formano, così dal punto di vista clinico, profilattico e più vastamente sociale, come dal lato organizzativo e politico, la vasta intelaiatura del problema.

Daremo prossimamente un resoconto dei lavori.

Altri congressi e convegni.

Le « Giornate internazionali di cardiologia » sono indette a Liegi dal 27 al 29 maggio. Temi: « I limiti dell'elettrocardiografia », « Le prove cliniche della portata cardiaca », « La circolazione coronarica ». Rivolgersi al segretario della « Société belge de Cardiologie », dott. Fr. Von Dooren, rue Mercelis 80, Bruxelles, Belgio.

Il 1° Congresso internazionale di biologia applicata all'educazione fisica ed agli sport si terrà in Bruxelles dal 9 al 12 luglio, in coincidenza con la riunione dell'Associazione Internazionale medico-sportiva. Il Congresso verrà destinato allo studio della fisiologia e della dietetica nell'allenamento. Lingue ufficiali: francese, inglese, italiano, tedesco. Tassa: 200 franchi belgi, più 125 franchi per ogni membro associato. Chiedere il programma con bollettino d'adesione al segretario, avenue P. Janson 96, Bruxelles, Belgio.

Il 1° Congresso internazionale di pedagogia dell'infanzia deficiente si terrà a Ginevra dal 24 al 28 luglio, nella Casa dei Congressi; il Comitato esecutivo è presieduto dal prof. H. Hanselmann di Zurigo. Verranno presentate relazioni sui frenastenici e i neuropatici, i sordomuti, i sordastri, i difettosi della vista, i difettosi del linguaggio. La segreteria fino al 30 giugno avrà sede in: Kantonschulstr. 1, Zurigo; a partire dal 3 luglio, presso la signora Thérèse Simon, palais Wilson, Ginevra. Lingue ufficiali: francese, inglese e tedesco (deploriamo l'esclusione della lingua italiana).

Il 7° Congresso internazionale di genetica si terrà a Edimburgo dal 23 al 30 agosto. Per informazioni rivolgersi al segretario generale prof. F. A. E. Crew, West Mains Road 9, Edinburgh, Inghilterra.

Il 26° Congresso della Società tedesca di ostetricia e ginecologia è indetto dal 18 al 21 ottobre in Berlino. Temi principali: « Organizzazione giuridica dell'assistenza medica prenatale »; « Importanza igienica, sociale ed economica dell'aborto »; « Carcinomi genitali iniziali rivelati per mezzo della propaganda e delle visite in serie »; « Statistica tedesca del taglio cesareo nel 1938 »; « Terapia della placenta previa, con particolare riguardo al t. cesareo ». Temi accessori: « Storia dell'ostetricia e della donna »; « Le vitamine »; « L'endometriosi ». Per informazioni sui lavori rivolgersi al prof. H. Fuchs, Geburtsh. u. Gynäk. Klinik, Danzig; per i viaggi, gli alberghi ecc. rivolgersi alla « Berliner Verkehrsverein », Klosterstr. 71-72, Berlin C 2, Germania.

La Società tedesca di tisiologia si adunerà sotto la presidenza del prof. Aschoff il 2 giugno a Friburgo e il 3 giugno a Graz. Verranno trattati i temi: « Meningite tubercolare »; « Tomografia »; « Compito della tubercolosi nel menomare la capacità di servizio nelle forze armate », « Cinematografie seriali ». Il nuovo presidente dell'Opera nazionale contro la tubercolosi, Otto Walter, parlerà sullo stato attuale della lotta contro la tubercolosi. Per informazioni ulteriori e per domande d'iscrizione nella Società, rivolgersi al prof. Kayser-Petersen, Langenmarckstr. 33, Jena, Germania.

La Società Reale Belga d'Ostetricia e Ginecologia si è adunata a Bruxelles il 4 e il 5 aprile; ha commemorato il cinquantesimo anniversario della sua fondazione con una seduta svoltasi nel Palazzo delle Accademie. V'intervennero vari delegati stranieri. Una comunicazione del prof. Gaifami concerneva la retroflessione rigida.

La Società Roentgen svizzera terrà la sua 26ª adunanza annuale il 3 e il 4 giugno in Zurigo. Temi principali: « I raggi cosmici »; « Biologia dei raggi cosmici »; « L'aspetto radiologico dei tumori del polmone ». Segretario: dr. Max Hopf, Effengerstrasse 49, Bern, Svizzera.

L'Associazione americana di biofisica e cosmobiologia organizza un congresso internazionale a New York, dall'11 al 17 settembre, in occasione dell'Esposizione; esso sarà posto sotto la presidenza di D'Arsonval, Branly, Langevin e Echijeskvy. L'organizzazione per i partecipanti dall'Europa è delegata ad un Comitato, la cui segreteria ha sede in rue Scheffer 39, Paris 16e.

Un congresso scientifico di medicina di colonizzazione si è svolto ad Algeri il 29 e il 30 marzo, sotto la presidenza del dott. Ciavaldini; presidenti di seduta sono stati i proff. Leblanc, Edmond Sergent e Gilloti; segretario il dr. Lartigue (Santé publique du Gouvernement général, Alger).

Dal 3 al 6 settembre si terrà a Reims il 5° congresso nazionale dei medici amici dei vini di Francia.

Corsi culturali.

Nell'Istituto d'igiene della R. Università di Padova si terranno, dall'1 al 30 giugno:

un corso di preparazione alla carriera di medico di bordo; esso si svolgerà a Padova ed a Venezia; tassa L. 500;

un breve corso di coltura in malariologia, per laureati in medicina e chirurgia; esso verrà integrato dall'opera dell'Istituto autonomo per la lotta contro la malaria nelle Venezie; tassa L. 300.

Chiedere copia degli annunzi.

L'attività dell'Istituto di Sanità pubblica.

Il lavoro svolto dall'Istituto durante il 1938, ben documentato da un pregevole volume di Rendiconti, riguarda i seguenti campi: ricerca scientifica dimostrata da circa 60 lavori; analisi di revisione di prodotti alimentari e vari; controllo di Stato di sieri, vaccini, prodotti vitaminici, opoterapici, fermenti lattici, specialità medicinali in genere; controllo di preparati di radio e di schermi radiologici; pareri su questioni varie; produzione di vaccini misti Castellani, di sieri e di emanazione di radio; ispezioni; progetti per costruzioni fra i quali vanno annoverati quelli per le Scuole Convitto Infermiere. Importante è anche la funzione didattica esplicata con lezioni su argomenti scientifici di attualità tenute da scienziati sia italiani che stranieri; corsi pratici per infermiere volontarie e assistenti sanitarie della Croce Rossa Italiana; corsi pratici per medici provinciali e personale dei Laboratori Provinciali. Durante l'anno fu anche tenuto un corso per medici coloniali. Si sono svolti nell'Istituto gli esami di concorso per Laboratori chimici e batteriologici di 60 provincie; per chimici e veterinari del Ministero dell'Africa Italiana; per medici di bordo.

Nell'Istituto sono ammessi a lavorare, dietro loro richiesta, laureati sia italiani che stranieri. Nello scorso anno lavorarono per ricerche sperimentali o per seguire i metodi adottati dall'Istituto, 7 italiani e 10 stranieri di nazionalità varie.

Rilevante è anche il numero dei visitatori stranieri: se ne elencano 57 e fra questi 5 premi Nobel e spiccatissime personalità scientifiche che hanno ammirato l'importanza e la modernità delle istallazioni e l'organizzazione dell'Istituto.

Alla Fiera di Milano, nel padiglione della Mostra autarchica della chimica farmaceutica, è un grande plastico dal vero dell'Istituto, in scala di 1 : 20.

Assistenti visitatrici della C. R. I.

Alla Reggia di Napoli, nella sala di Ercole, il 18 aprile la Principessa di Piemonte ha riunito il patronato delle assistenti sanitarie visitatrici di Napoli, di cui l'augusta Signora è presidente onoraria, e il Comitato esecutivo costituito per dare, secondo le direttive del Regime, un maggiore sviluppo alla benemerita istituzione.

L'augusta Principessa ha dato la parola al presidente del Comitato provinciale della C.R.I., che ha illustrato la nobile missione delle assistenti sanitarie visitatrici, le quali rafforzano le file delle due altre categorie che vanta la C.R.I., le volontarie e le professionali. Ha ricordato come il gruppo delle volontarie svolga la sua mirabile missione di bene, sotto l'alto patronato della Regina Imperatrice. Di esso fa parte la Principessa di Piemonte, di cui ha posto in rilievo l'opera confortatrice e animatrice svolta durante la guerra per la conquista dell'Impero; e della gloriosa Casa Sabauda ha ricordato pure come sempre operarono, con istancabile abnegazione nel campo assistenziale, la Duchessa Elena d'Aosta, la Duchessa Anna d'Aosta e la Duchessa di Pistoia. Interprete dei sentimenti del presidente generale della C.R.I. l'oratore ha espresso la convinzione che, come altrove, anche a Napoli tutti risponderanno all'appello e quindi, anche per l'azione che vanno svolgendo le assistenti sanitarie visitatrici, tutte le mete segnate saranno raggiunte.

L'augusta Principessa, dopo essersi compiaciuta col presidente, ha versato la somma di diecimila lire per iniziare la raccolta dei fondi necessari allo sviluppo del Patronato.

Onoranze alla memoria di Spallanzani.

Demmo notizia, nello scorso numero, delle solenni manifestazioni in onore di Spallanzani, tenutesi all'Università di Pavia l'11 aprile. V'intervennero il Duca di Bergamo ed il Ministro Solmi. Erano rappresentate circa 60 Università ed istituzioni scientifiche italiane e 70 straniere.

Parlarono numerosi delegati stranieri tra cui Baltzer, Abderhalden, Crew, Ressowsky, Rusca, Gates, ecc.; l'accademico Bottazzi tenne poi la sua magnifica orazione commemorativa. Parlarono brevemente anche il Rettore ed il Ministro; questi portò il plauso ambitissimo del Duce e del Governo.

Lo stesso giorno iniziarono le adunanze scientifiche di varie società, tra cui la Società italiana di Biologia sperimentale. Continuarono fino al 14 aprile, alternate con gite e trattenimenti vari.

La manifestazione si è chiusa con la gita a Reggio Emilia, per la visita al Museo Spallanzani, il 15 aprile.

Onoranze alla memoria di Ottorino Rossi.

Il 27 marzo u. s., ricorrendo il 3° anniversario della morte del compianto Maestro, è stata inaugurata nella Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Pavia una lapide con medaglione del Messina recante la epigrafe: « Ottorino Rossi - neurologo insigne - nella scuola e sui campi di battaglia - fuse in mirabile armonia - altezza di pensiero e nobiltà d'azione - questa Clinica - che lo ebbe infaticato animatore - ne custodisce perenni - il nome e l'esempio ».

Per onorare i radiologi italiani.

Ad iniziativa del prof. C. Guarini di Napoli, accolta dai proff. Busi di Roma e G. G. Palmieri

di Bologna, è stata lanciata l'idea di onorare i martiri ed i pionieri della radiologia italiana. Il prof. Busi ha proposto alla Presidenza della S. I. R. M., e questa ha aderito, di adibire a Sacrario una saletta al pian terreno dell'Istituto Ospedaliero di Roma. Su una delle pareti vi sarà una grande lapide con i nomi e la dicitura « La Radiologia Italiana ai suoi Martiri ». Alla data della morte di ognuno verrà posta una corona col nome. Vi sarà un altare su cui sarà celebrata una messa nell'anniversario della morte di ciascuno di essi, e sulla parete contro alla lapide commemorativa, oltre i ritratti del Re Imperatore e del Duce, vi saranno i medaglioni fotografici degli Estinti. Una lampada pensile arderà perennemente davanti alla lapide e delle piante sempreverdi orneranno la saletta. Il progetto è stato approvato dal Ministero dell'E. N. Il Presidente della S. I. R. M. ha aperto la sottoscrizione elargendo L. 300.

La sessione per l'abilitazione alla libera docenza.

Il Ministro dell'Educazione Nazionale, con sua ordinanza, ha indetto la sessione dell'anno 1939 per l'abilitazione alla libera docenza. All'ordinanza è annesso il prospetto delle materie e il numero delle docenze che potranno essere conferite. Il termine per la presentazione delle domande è fissato al 30 giugno 1939-XVII. Per i candidati che si trovino alla data dell'ordinanza, o si troveranno in Africa Orientale, per esigenze di carattere militare, oppure in servizio militare non isolato all'estero (O. M. S.), sono previste speciali agevolazioni.

Contro la pletora medica in Francia.

Il Senato Francese ha messo allo studio un progetto di legge, presentato del sen. prof. Portmann, destinato a combattere la pletora medica. Ne diamo il testo:

Art. 1. — Il Ministro della Pubblica Istruzione stabilirà, ogni anno, tenendo conto del fabbisogno, il numero degli studenti che potranno essere autorizzati ad inscriversi al 1° corso di medicina ed il numero degli studenti che potranno essere ammessi a passare dal 1° al 2° corso.

Art. 2. — La limitazione del numero degli studenti sarà fatta per l'ammissione al 1° corso sopra i voti ottenuti e per passare al 2° corso anche sopra i voti ottenuti negli esami superati alla fine del 1° corso.

Art. 3. — Le modalità d'applicazione della presente legge saranno fissate con decreto.

(Il progetto non ci sembra molto felice, dacchè i voti riportati agli esami pre-universitari non consentono certo di giudicare il valore effettivo degli aspiranti. È anche da considerare che questi voti non sono comparabili. Ancora: non ci si spiega come si possa far perdere tutto un anno di studi, riprovando alla seconda discriminazione).

Elargizioni e donazioni.

Durante la sua visita in Calabria il Duce ha elargito L. 6.500.000 per opere igieniche, sanitarie, edilizie e di assistenza sociale. Fra l'altro a Cosenza: Ente comunale di assistenza L. 200.000, Casa della Maternità L. 300.000, completamento dell'Ospedale L. 500.000; Ospedale di Catanzaro lire 500.000, Ospedale di Nicastro L. 100.000, Ospedale di Cotrone L. 100.000, Ospedale di Vibo Valentia L. 100.000, Casa della madre e del fanciullo di Catanzaro L. 300.000, E. O. A. di Catanzaro lire 200.000, di Cotrone lire 50.000, di Nicastro lire 50.000, Colonie solari del Partito L. 350.000; ad Ospedali diversi della prov. di Reggio Calabria L. 50.000.

La signora Rosa Curione ved. De Marchi, residente a Milano, ad onorare la memoria del marito gr. uff. dott. Marco De Marchi, ha donato all'Ospedale Italiano di Buenos Aires 200.000 pesos, pari a circa un milione di lire.

Con R. D. n. 366 del 26 gennaio 1939 la R. Università di Napoli è autorizzata ad accettare la donazione di L. 50.000 disposta in suo favore dalla signora Adelina De Giacomo per l'istituzione di una borsa di studio da intitolarsi al nome del prof. Tommaso De Amicis e da conferirsi ogni anno per concorso ad un medico che abbia conseguito, nel biennio precedente, il diploma di specialista presso la Scuola di perfezionamento in dermosifilopatia della Università stessa.

Azioni giudiziarie.

Il Tribunale di Mons (Belgio) ha giudicato una causa intentata contro un medico, il quale, avendo in cura un bambino, praticò una iniezione endovenosa, che fu seguìta da grave malessere; alcuni giorni dopo il medico praticò una seconda iniezione e questa fu seguìta da morte. Il Tribunale ha ammesso un'imprudenza ed ha pronunziato condanna a 60.000 franchi d'indennizzo.

Il Tribunale di Albi (Francia) ha reso noto il 20 aprile la sua sentenza nel processo intentato su querela di quel Sindacato medico contro la quindicenne Andreina Maurel per esercizio abusivo della medicina. Come riferimmo, la giovane Andreina si era acquistata una vera celebrità in tutta la regione compiendo una lunga serie di guarigioni miracolose con la semplice apposizione delle mani sulle parti malate dei pazienti. Naturalmente le sue prestazioni non erano gratuite, ciò che indusse il Sindacato medico di Albi ad intentare un processo in difesa degli interessi dei propri membri. La giovane (e per essa chi ne ha la patria podestà) è stata condannata a cento franchi di ammenda per esercizio illegale della medicina ed a cinquemila franchi per danni e interessi al Sindacato dei medici.

Un po' dovunque.

Il 6 marzo il Capo del Governo durante la sua breve permanenza a Napoli si è recato a visitare i lavori del nuovo grandioso Ospedale che sta sorgendo allo Scudillo di Capodimonte.

Il 20 marzo S. M. la Regina madre del Belgio, accompagnata dalla figliola S. A. R. la Principessa di Piemonte, ha visitato l'Istituto del cancro di Napoli, diretto dal prof. Pentimalli.

La Principessa di Piemonte ha assistito in Genova, il 24 aprile, alla posa della prima pietra della costruenda scuola delle infermiere. Quindi ha visitato la vicina clinica medica, ove fu ricevuta dal rettore dell'Università, sen. Moreschi, e dal direttore della clinica, prof. Sabatini.

Il Ministro della Sanità della Nuova Galles del Sud (Australia) ha visitato il 29 ed il 30 marzo

alcune istituzioni sanitarie ed igieniche di Napoli e specialmente i dispensari del Consorzio Provinciale Antitubercolare, il nuovo Ospedale Sanatoriale ed i lavori del grande Ospedale allo Scudillo.

« La Presse médicale » del 15 aprile è dedicata alla medicina polacca; reca 9 contributi originali e 5 articoli di cronaca. Il fascicolo è in bella carta e copiosamente illustrato.

La Croce Rossa belga ha celebrato, il 31 marzo, il suo 35° anniversario, alla presenza del Re, di vari Ministri e di alte personalità.

A Bruxelles si è costituito un Centro di studi sotto gli auspici della « Fondazione per favorire lo sviluppo dell'Istituto Eastman »; è stato inaugurato il 22 aprile, nell'Istituto Eastman (Parco Leopoldo), con una conferenza del dott. Pierre Bourgeois, medico degli ospedali di Parigi e medico-capo del Sanatorio di Brévannes; l'oratore trattò il tema: « Il compito delle infezioni dentarie nelle affezioni polmonari e generali ».

L' « Ospedale biologico » in costruzione a Kempenstein, sulle rive del lago di Stauberg (Germania), accoglierà le vittime della vita disarmonica (alimentazione incongrua, intossicazioni voluttuarie o industriali, sedentarietà, strapazzi ecc.) Vi si applicheranno, oltre ai metodi della medicina ufficiale, quelli della cosidetta medicina naturista.

Alla Società francese di cardiologia, nella seduta del 19 marzo, il presidente prof. Laubry ha commemorato il prof. Andrea Ferrannini.

Il prof. Hermann Straub, clinico medico di Gottinga, è deceduto durante un viaggio. A succedergli è stato chiamato il prof. Rudolf Schoen di Lipsia, autore di pregevoli studî di farmacologia applicata alla clinica. Noti sono i suoi studi sul sonno e sugli ipnotici. Conta 47 anni.

L'Associazione medica goriziana si è adunata il 2 marzo e ha discusso sulla neurite ottica.

La Società tosco-umbra di chirurgia si è adunata l'1 aprile; sono state fatte comunicazioni dai soci: Lilla, P. Sturlese, G. Niosi.

La Fiera di Milano comprende una Mostra autarchica della chimica farmaceutica.

In seguito a un appello lanciato dalla radio francese T. S. F., sono stati raccolti 800.000 franchi per l'acquisto di « polmoni d'acciaio » e messi a disposizione del Ministro della Sanità pubblica, il quale ha nominato una commissione per l'assegnazione ai principali centri ospedalieri della Francia e delle Colonie.

Il Sindacato dei medici jugoslavi ha tenuto in Belgrado un'assemblea generale, che ha approvato ad unanimità un progetto per l'organizzazione della pensione di riposo ai medici. Il fondo verrà costituito da un versamento mensile di 100 dinari da parte di ogni medico inscritto al sindacato.

L'Associazione medica artistica americana organizza una seconda Mostra, in occasione del Congresso annuale dell'Associazione medica americana indetto a Saint-Louis (dal 14 al 20 maggio); i lavori verranno esposti nel Museo della città.

Nel bilancio del Ministero dell'educazione nazionale della Romania per il 1939-1940 sono stanziati 35 milioni di lei, destinati a borse di studio ed a « focolai per studenti », con lo scopo di facilitare gli studi a tutti i giovani economicamente deboli, qualora siano idonei.

Si è spenta in Roma la signorina Bianca Marcosanti, che ha avuto una parte cospicua nello svolgimento di numerose campagne antimalariche in Italia e in Spagna; fu collaboratrice di Grassi, di Sella, di Pittaluga; era dotata d'incomparabile abnegazione. Da tre anni era stata colpita da osteomalacia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 8 Maggio 1939 - XVII — Num. 19

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

PROBLEMI NUOVI

ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA
LABORATORIO DI BATTERIOLOGIA.

Com'è stato risolto il problema eziologico della leptospirosi delle risaie.

B. BABUDIERI, libero docente.

In una nota sulla leptospirosi delle risaie, pubblicata nel numero 5 di questo Giornale, e così pure in una comunicazione tenuta il 2 dicembre 1938 alla R. Accademia di Medicina di Torino, e pubblicata nel fasc. 10-12 del relativo Giornale, il prof. Mino, riferendosi alle ricerche da me compiute e pubblicate su tale argomento (1), scrive quanto segue:

Devo ricordare a questo proposito che nella stessa epoca è comparsa una nota del prof. Babudieri (Policlinico, sez. med., 26 settembre 1938-XVI) *su di una leptospira isolata da un malato di Pavia e che non è agglutinata dai sieri di malati sospetti di spirochetosi che agglutinano la leptospira classica. Non sono state comunicate ricerche con sieri immuni atte a caratterizzare più precisamente la natura di tale stipite. Tuttavia il prof. B. ha ritenuto di poter ritenerla come una nuova varietà da indicare con un nome particolare.*

Io devo ricordare anzitutto che il prof. B. è venuto a più riprese nel Laboratorio della Sezione Medica dove ho eseguito le mie ricerche ed ha avuto conoscenza di tutti i risultati dello scorso autunno. Ha visto e ha colorato la leptospira isolata lo scorso novembre, parte della cultura è stata da lui inoculata ad una cavia smilzata, parte gli è stata consegnata per ulteriori trapianti che non gli hanno dato risultato positivo.

Anche quest'anno è venuto più volte da me nel periodo di monda del riso ed ha avuto notizia diretta e in via ufficiale attraverso l'Autorità Sanitaria del fatto che avevo coltivato da 5 ammalati 5 stipiti di leptospire e che ne avevo in corso la determinazione più precisa.

(1) Policlinico, Sez. Prat., vol. XLV, 26 settembre 1938.

A tale epoca il prof. B. non aveva ancora isolata alcuna leptospira e rendendosi conto della importanza dei risultati da me ottenuti non ebbe ad insistere per avere delle leptospire da me isolate, ritenendo equo che potessi prima espletare le mie ricerche. Le quali sono state come ho riferito estese ai 5 stipiti da me isolati e rese dimostrative mediante l'esame delle proprietà antigeniche delle leptospire isolate, determinate con l'uso di sieri immuni.

Non vi è quindi alcun dubbio che la leptospira che insieme a quella classica dà luogo nel Vercellese alla particolare forma morbosa che ho messo in evidenza tra i lavoratori delle risaie sia stata per la prima volta scoperta e ottenuta in cultura da me nel novembre 1937 e riottenuta in cultura nel luglio di questo anno direttamente dal sangue di 5 ammalati; isolando 5 stipiti dei quali ho determinato le caratteristiche eguali tra di loro e diverse da quelle delle altre varietà di leptospire.

Ritengo, pertanto, che la priorità di accertamento e di determinazione di questa varietà di leptospira mi permetta di chiedere che il nome col quale questa leptospira dovrà essere indicata sia quello da me proposto di l. mitis.

Di fronte a queste affermazioni e a chiarimento dei fatti riassumo qui schematicamente tutta la storia della leptospirosi del Vercellese.

Il 12 novembre del 1937, in una conferenza tenuta al Sindacato Provinciale Fascista dei Medici di Vercelli, e pochi giorni dopo (19-XI) alla R. Accademia di Torino, il prof. Mino comunica di aver osservato fra i lavoratori delle risaie un quadro morboso che spesso decorreva in modo lieve, altre volte invece assumeva le caratteristiche di un tipico e grave morbo di Weil. In quasi tutti questi casi (anche in XXX giornata!) Mino avrebbe trovato, anche in una semplice goccia di sangue osservata al paraboloide, una leptospira che egli coltiva e descrive minutamente, e che sarebbe perfettamente corrispondente a quella di Inada e Ido. Il sangue dei pazienti, inoculato in cavia, ne avrebbe provocato la morte in un periodo di 3-22 giorni. Le cavie non avrebbero presentato ittero (in 2 soli casi lieve subittero), ma soltanto emorragie polmonari. Anche negli organi delle cavie si sarebbero viste le spirochete.

Più sorprendente ancora era l'affermazione che le spirochete si vedevano e si coltivavano anche dal sangue di persone che presentavano sintomi ben diversi da quelli che si riscontrano nelle leptospirosi (un caso di malattia mentale, uno di malattia cutanea, casi di broncopolmonite, ecc.), e persino da individui sani, medici, suore ed infermieri dell'Ospedale; così pure da individui che non avevano mai avuto rapporto con gli ammalati. Anche il sangue di questi provocava la morte delle cavie con note, secondo Mino, di leptospirosi. La malattia sarebbe stata cioè non solo molto diffusa (il 20 % dei risaioli) e clinicamente polimorfa, ma sarebbe stata resa più complessa ancora dalla presenza di un gran numero di portatori sani.

Queste straordinarie affermazioni suscitarono nei più diffidenza ed incredulità, in altri invece un vero stato di panico.

Di fronte all'allarme suscitato, e in base alle segnalazioni pervenutele, anche da parte dello stesso Mino, la Direzione Generale di Sanità Pubblica ritenne opportuno l'intervento di tecnici dell'Istituto di Sanità; a me fu dato l'incarico di studiare le cause ed i caratteri dell'epidemia.

Venuto a Vercelli la fine di novembre, e recatomi da Mino, che di fronte a questo universale dilagare di spirochete incominciava ad essere egli stesso esitante, vidi le sue culture. Constatai così che le pretese spirochete non erano altro che volgari filamenti, che nessun rapporto diretto od indiretto avevano con spirochete. Si trattava di quelle ben note formazioni degenerative, dette « pseudospirochete », che con facilità si formano in qualunque sangue, e che hanno già indotto in errore altri ricercatori. Mino non potè mostrarmi neppure un preparato colorato delle sue spirochete, perchè non era mai riuscito a colorarle (le « pseudospirochete » non sono infatti colorabili). Era quindi logico presumere che anche le spirochete viste e descritte precedentemente da Mino, non fossero tali. In quanto alla mortalità delle cavie, non ebbi allora occasione di assistere ad alcuna autopsia. Ho però potuto constatare che in tali animali a Vercelli, come anche in altri allevamenti piemontesi e lombardi, era diffusa un'epidemia di pleuropolmonite emorragica, probabilmente dovuta ad un virus filtrabile. Con ciò si potrebbe forse spiegare come mai anche alcune cavie inoculate da Mino col sangue d'individui sani (i pretesi portatori) fossero venute a morte.

Ammalati recenti non erano allora ricoverati in Ospedale, sì che tutti i tentativi da me fatti di isolare una qualche spirocheta, ebbero risultato negativo.

Circa una settimana dopo il mio arrivo a Vercelli, il prof. Mino mi richiamò nel suo Laboratorio, e mi fece esaminare un tubo di terreno in cui era stato seminato, 18 giorni prima, del sangue proveniente da una paziente. In tale tubo, che risultava inquinato per la presenza di numerosi germi, si vedeva anche uno scarso numero di leptospire poco

mobili ed in parte degenerate. Tali spirochete furono da me anche colorate. È su tale reperto che Mino si basa per rivendicare parecchio più tardi, a se stesso il merito di aver per primo scoperto una nuova spirocheta. Ma tale rivendicazione ha ben scarsa base. Come è noto, non è assolutamente possibile differenziare una leptospira dall'altra, in base al semplice aspetto morfologico. Per far ciò sono necessarie le prove serologiche che allora non furono fatte e che non fu possibile fare neppure in seguito perchè la cultura, inquinata, non si potè trapiantare. D'altra parte è ben poco probabile che tale spirocheta appartenesse ad una specie diversa da *L. ictero-haemorrhagiae.*

Infatti, come Mino scrive in un lavoro successivo (1), tale spirocheta inoculata in una cavia, provocò nel siero di questa la comparsa di agglutinine per L. i.-h. sino al titolo di 1:800. Ora siccome è ben noto, sia dalle pubblicazioni dello stesso Mino che dalle mie, che *L. oryzeti* non provoca mai negli animali la comparsa di agglutinine anti-ictero-haemorrhagiae, è evidente che la spirocheta in questione non poteva appartenere alla specie *L. oryzeti.* Anch'io ho tentato di fare qualche trapianto da tale cultura, ma, dato l'inquinamento, la spirocheta non si sviluppò.

Tuttavia, in base a quanto avevo potuto osservare, nella relazione che il dicembre 1937 ho presentato alla Direzione Generale di Sanità Pubblica, affermavo che a mio parere, nella pianura Padana esistono due malattie diverse. Una di queste è determinata dalla classica spirocheta di Inada Ido, che già ripetutamente era stata segnalata nella regione, l'altra, la più diffusa, la ritenevo essa pure dovuta ad una leptospira, diversa però da L. i.-h., e forse affine a quella che in Germania e in Russia dà la « Schlammfieber », malattia clinicamente ed epidemiologicamente molto simile a quella osservata a Vercelli.

Nella stampa della comunicazione tenuta a Torino, Mino, riconosciuto il suo errore, sopprimeva ed attenuava parecchie delle sue affermazioni primitive, e specie le parti riguardanti i portatori sani di spirochete, le facili culture di queste, e l'esito positivo delle inoculazioni nelle cavie. Tali modificazioni apportate al testo primitivo, modificazioni che mutano sostanzialmente quanto Mino aveva fino allora affermato, sono state rilevate dai soci dell'Accademia e hanno anzi provocato una protesta da parte del prof. Quarelli (seduta del 18 novembre 1938).

Segue cronologicamente una comunicazione del prof. U. Reitano, tenuta il 26-II-38 alla R. Accademia Medica di Roma e pubblicata nel volume 86 del Giornale di Medicina Militare. Reitano aveva eseguito delle prove di agglutinazione con 20 sieri (9 itterici, 11 anitterici) di convalescenti inviatigli da Mino, di fronte ad un ceppo di L. i.-h. In 16 casi i risultati erano stati positivi; in 14 di questi l'agglutinazione era arrivata al titolo di almeno 1:1000, ed in uno sino a 1:500.

In una successiva comunicazione tenuta alla Accademia di Medicina di Torino (3 marzo 1938) Mino confermava tali risultati e comunicava che di 8 sieri saggiati con 5 ceppi di spirochete, 6 avevano agglutinato L. i.-h. ad alto titolo ed uno a titolo basso. Due di tali sieri non erano stati controllati da Reitano. A questi va aggiunto ancora un risultato positivo comunicatomi più tardi da Mino (paziente Baldo).

In base a questi risultati Mino affermava che tutti i casi di leptospirosi osservati dovevano attribuirsi a *Leptospira ictero-haemorrhagiae,* che egli aveva del resto isolato anche da alcuni ratti.

Nel marzo del 1938 io ritornavo nella pianura Padana e raccoglievo il siero di 21 individui i cui nomi m'erano stati in buona parte segnalati da Mino. Saggiati tali sieri con 12 ceppi di spirochete, constatavo che di 9 sieri itterici, 7 agglutinavano nettamente L. i.-h., mentre solo 2 dei 12 anitterici davano risultato positivo con tale specie. Le prove di protezione nella cavia confermavano tali risultati e rafforzavano in me l'opinione che molti dei casi senza ittero dovessero attribuirsi ad una spirocheta diversa da L. i.-h.

L'estate del 1938 i casi di malattia sono ricomparsi nella pianura del Po, e Mino a Vercelli ed io a Pavia, indipendentemente l'uno dall'altro, riprendemmo le ricerche. In una visita fatta a Mino la fine di luglio, subito dopo il mio arrivo in Lombardia, questi mi comunicò di aver isolato da alcuni pazienti 5 ceppi di leptospire, che stava studiando. Non solo non « insistetti » per averli, ma neppure li chiesi, perchè ritenevo equo che Mino li potesse prima studiare. Pochi giorni dopo, nel Laboratorio Provinciale di Pavia riuscivo anch'io ad ottenere in cultura una spirocheta. Tale cultura, come fin d'allora ho pubblicato, è stata ottenuta da una cavia inoculata dal prof. Bianchi, direttore del Laboratorio, con sangue di un paziente del Pavese, e lo stesso Bianchi aveva potuto vedere e colorare nel fegato della cavia la spirocheta. D'allora non ebbi più occasione di veder Mino.

Studiata biologicamente e serologicamente

---

(1) Minerva Medica. Anno XXIX, vol. I, n. 18.

la spirocheta isolata, e constatato che i sieri che agglutinano L. i.-h. non agglutinano questa e viceversa, arrivai alla convinzione di trovarmi di fronte ad una specie probabilmente nuova, ed in una nota pubblicata su questo giornale il 26 ottobre 1938 comunicavo le ricerche eseguite e, pur con qualche riserva, proponevo per la nuova spirocheta il nome di *L. oryzeti*. Con queste ricerche e con l'isolamento di un secondo tipo di spirochete (tipo Mezzano) da me ottenuto in collaborazione col prof. Bianchi, era risolto il problema eziologico della malattia e avevo nettamente dimostrato che la mia ipotesi dell'anno precedente era esatta, mentre quella di Mino non corrispondeva alla realtà.

Due giorni più tardi, al III Congresso di Medicina Tropicale di Amsterdam, Mino comunicava il risultato delle sue ricerche, ma a proposito dei ceppi isolati parlava ancora sempre di « varietà locali di L. i.-h. ». E lo stesso fece a Milano, nel Convegno tenuto il 3 ottobre 1938 alla Clinica del Lavoro, quando egli era già a conoscenza della mia pubblicazione. Appena un mese più tardi, a quanto mi fu riferito, in una conferenza tenuta a Vercelli e che non mi risulta pubblicata, Mino mutò d'opinione e ritenne che la spirocheta isolata fosse davvero una specie diversa da L. i.-h. e propose per essa il nome di *L. mitis*. Ora in materia di nomenclatura ci sono delle leggi ben fisse, stabilite nel IX Congresso Internazionale di Zoologia, tenuta a Monaco nel 1913, e che non è permesso di ignorare. L'articolo 25 di tali norme dice che « il nome valido di un genere o di una specie è soltanto quello con cui il genere o specie è stato designato per la prima volta a condizione che tale nome sia stato pubblicato e accompagnato da un'indicazione o definizione o descrizione, e che l'A. abbia applicato i principii della nomenclatura binaria », e l'articolo 21 dice che « Autore di un nome scientifico è la persona che per prima ha pubblicato tale nome accompagnato da un'indicazione o definizione o descrizione ». Poichè il nome di *L. oryzeti* è di alcuni mesi anteriore a quello di *L. mitis*, è evidente che quest'ultimo cade in sinonimia e non ha più ragione d'essere mantenuto. Tutto ciò naturalmente a prescindere dalla possibilità, da me discussa nella seduta del 17 marzo alla Società di Biologia Sperimentale a Roma, che *L. oryzeti* sia identifificabile con *L. bataviae*, nel qual caso soltanto quest'ultimo nome avrebbe diritto d'essere mantenuto.

Non accenno alle mie successive ampie comunicazioni tenute all'Associazione Medica Triestina e alla R. Accademia Medica di Roma, ed a quella di Mino alla Accademia di Medicina di Torino (2 dicembre 1938) perchè esulano dallo scopo di questa nota.

Da quanto ho qui esposto risulta che:

Fin dal 1937 ho sostenuto che accanto ai casi provocati da *Leptospira ictero-haemorrhagiae* e noti da lungo tempo, è probabile che esista nella pianura del Po un'altra e diversa leptospirosi, ipotesi che i fatti hanno pienamente confermato.

Mino, pur avendo il merito che, nonostante i suoi molti errori, gli ho sempre riconosciuto, di aver richiamato l'attenzione sulla vasta diffusione della leptospirosi nella pianura del Po, fino a poco fa, e anche dopo la pubblicazione della mia nota, ha continuato a sostenere che la spirocheta in questione fosse *Leptospira ictero-haemorrhagiae*.

Io sono stato il primo a dimostrare che la leptospira da me isolata, col concorso del prof. L. Bianchi a Pavia, e del tutto indipendentemente da indicazioni di Mino, fosse una specie diversa da L. i.-h. e per primo le ho imposto un nome nuovo. La spirocheta tenuta da Mino per breve tempo in cultura non è stata per nulla studiata serologicamente e la prova eseguita nella cavia fa ritenere che si trattasse di L. i.-h.

Nelle ricerche che mi hanno condotto all'isolamento e alla identificazione di *L. oryzeti*, ricerche eseguite in buona parte a Pavia e non a Vercelli, non mi son mai valso della mia veste ufficiale per conoscere direttamente o attraverso alla Autorità Sanitaria dati e risultati delle ricerche di Mino, all'infuori di quelle che ormai erano state rese di dominio pubblico dalle tre pubblicazioni di Mino fino allora uscite e da quella di Reitano. L'unica notizia non ancora pubblicata che conobbi, direttamente da Mino, fu quella dell'isolamento dei 5 ceppi di spirochete, notizia che non mi poteva dare alcun giovamento nelle mie ricerche.

In quanto al rilievo che Mino mi fa, a proposito del nome di *L. oryzeti*, di « accomunare l'idea di una causa di malattia a quella di una coltivazione agricola così importante », non mi pare che Mino, il quale intitola una delle sue note « La spirochetosi dei lavoratori delle risaie », sia la persona più adatta a farmela.

Ho voluto esporre un po' minutamente quanto sopra per mettere bene in chiaro la parte avuta da noi due in queste ricerche, e l'infondatezza delle insinuazioni contenute nelle due note di Mino.

RIASSUNTO.

L'A., polemizzando con Mino, espone la parte che lui e Mino hanno avuto nel risolvere il problema eziologico della leptospirosi delle risaie.

Risposta al prof. Babudieri.

Premetto che il prof. Babudieri è venuto nel laboratorio dell'Ospedale come medico di un istituto governativo e non come medico privato. Che egli oltre ai dati da me pubblicati abbia avuto conoscenza anche delle relazioni che ho trasmesso in via ufficiale mi pare doversi dedurre dal fatto che egli stesso ebbe a farmi vedere (in una riunione a Milano) copia di una di esse.

Devo poi ricordare che prima ancora che il prof. B. venisse per la prima volta da me io già avevo fatto presente all'Autorità sanitaria che, mentre confermavo la etiologia spirochetica della forma morbosa, mi riservavo di stabilire la frequenza di tale infezione, perchè gli esami puramente culturali si erano dimostrati meno atti a precisare l'estensione della diffusione, che in un primo tempo era sembrata notevole. Il che era stato dovuto ad oscillazioni di interpretazione, facili all'inizio di ricerche di questo genere, che sono state rettificate *indipendentemente e prima* che il prof. B. avesse a venire in Ospedale.

Tutta questa parte non riguarda affatto l'operato del prof. B. che non ha avuto modo alcuno di intervenirvi. E, come già ho detto alla seduta dell'Accademia di Torino alla quale il B. si richiama, i dati oggettivi che ho comunicato sono stati confermati sia per quanto riguarda l'esistenza della infezione da spirochete che della cultura.

Infatti quando tra la fine di novembre e i primi di dicembre 1937 il prof. Babudieri venne per la prima volta da me io gli ho fatto vedere — precisamente il 3 dicembre — una emocultura istituita il 16 novembre dal sangue di Fonsato Ines una malata di forma puramente febbrile, in 3ª giornata. Tale cultura *che non era affatto inquinata*, conteneva uno scarso numero di leptospire tipiche, presentanti i caratteri che io ho indicato nella mia prima comunicazione. Il prof. Babudieri stesso ebbe a colorare (sec. Fontana-Trib) tale leptospira così da rilevare il numero delle spire, sul quale in modo particolare ci siamo fermati alla osservazione del preparato, discutendo se fossero 18 o 20.

Da questa prima cultura sono stati fatti il 4 dicembre 1937 parecchi trapianti, due dei quali hanno presentato in data 8 dicembre e 9 dicembre scarse leptospire con movimenti che andavano facendosi sempre più lenti, come avviene quando le l. vanno estinguendosi. Nei successivi esami infatti il reperto è stato negativo. Parte della primitiva cultura è stata dal prof. B. inoculata ad una cavia, da lui stesso smilzata a questo scopo e che egli portò con sè. Parte venne inoculata ad una cavia da me. La cavia sopravvisse senza sintomi di malattia.

La precisazione della leptospira da me isolata nell'autunno 1937 non è stata possibile per l'esaurirsi delle culture. L'esame sierologico del siero dell'ammalata aveva dimostrato che esso agglutinava a bassa diluizione gli stipiti classici e che anche il siero della cavia alla quale la cultura era stata inoculata dava reazione a bassa diluizione con questi stipiti. Si doveva quindi ammettere che la leptospira in questione fosse affine alla l. i-h. Esaminando poi il siero dell'a. con gli stipiti da me isolati quest'estate ho constatato che esso agglutina ben più fortemente questi stipiti. Ma, ciò che è interessante si è che questo stesso siero fa parte dei tre sieri che agglutinano la leptospira successivamente isolata dal prof. Babudieri. Come questi infatti ebbe a dirmi, esso corrisponde a quello segnato FO nella tabella della sua prima nota. Deriva da questa constatazione che la leptospira da me isolata proviene da una ammalata che agglutina debolmente gli stipiti classici, mentre agglutina assai più intensamente quelli isolati da me e la l. isolata da B. Che la cavia inoculata con la cultura abbia dato un siero che agglutina a diluizioni inferiori a 1:1000 lo stipite classico dimostra in modo preciso che la cavia è stata in contatto con leptospire e conferma anche da questo lato che la cultura conteneva agenti morbosi di questa natura. Non avendo più siero di questa cavia non ho potuto saggiarne il comportamento con i nuovi stipiti.

Esauritasi la cultura, l'accertamento della natura della leptospira venne cercato mediante l'esame delle proprietà agglutinanti del siero di ammalati verso numerose varietà di leptospire riscontrando che 15 casi (7 con ittero, 8 senza ittero) su 30 esaminati agglutinavano ad alto titolo gli stipiti classici, mentre non agglutinavano gli altri. Anche la prova di protezione verso virus murino recente diede risultato positivo, dimostrando così che questi ammalati, con ittero e senza, avevano sofferto una infezione da l. i-h.

Sulla base di questi risultati era pertanto accertato che il quadro morboso, puramente febbrile o con ittero, presentato nell'autunno

1937 dagli ammalati il siero dei quali aveva dimostrato di contenere agglutinine, lisine e immunisine specifiche per la l. i-h. e solo verso questa, doveva ricondursi ad una infezione con questa leptospira. Nessun elemento oggettivo poteva essere addotto per mettere in dubbio che questi casi itterici e anitterici fossero dovuti alla l. classica.

Nell'anno 1938 il prof. B. ebbe occasione di venire più di una volta da me e in una prima visita mi riferì che avendo proceduto alle prove di agglutinazione e di protezione con sieri di ammalati dell'autunno precedente aveva avuto risultati eguali a quelli ottenuti da me per quanto riguarda la presenza di anticorpi specifici per la l. i-h.

In altra visita ai primi di agosto io gli ho comunicato che avevo isolato direttamente dal sangue di 5 ammalati 5 stipiti di leptospire, che stavo studiando e come già ho detto « egli non ebbe ad insistere » per averne campioni ritenendo equo che potessi prima espletare le mie ricerche.

Gli esami fatti su questi 5 stipiti mi hanno dimostrato che essi sono agglutinati dai sieri di una parte di ammalati e precisamente da quelli che non agglutinano gli stipiti classici, mentre non sono agglutinati da quelli che agglutinano gli stipiti classici. Ho allora proceduto alla preparazione di sieri immuni verso stipiti classici e verso altri stipiti (canicola, autumnalis, hebdomadis, typho-gripposa), constatando che nessuno di questi sieri immuni davano agglutinazione dei miei stipiti.

Ho così avuto elementi precisi per affermare che si trattava di una nuova varietà del tutto diversa da questi vari stipiti di leptospire.

Ho comunicato questi miei risultati al Congresso internazionale di medicina tropicale e sulla malaria, iniziatosi ad Amsterdam il 24 settembre 1938 affermando che li interpretavo nel senso che la forma morbosa da me identificata tra i lavoratori delle risaie era dovuta a diverse varietà di leptospire. Una di esse era la l. i-h. classica, un'altra era la nuova varietà da me per primo isolata e determinata nelle sue proprietà antigeniche mediante l'uso di sieri immuni che ne fanno una varietà nuova del tutto diversa sia dalla l. i-h. che dalle altre varietà con le quali era stata confrontata.

Negli stessi giorni è uscita la nota preventiva del prof. B. sul « Policlinico », sez. prat., nella quale egli comunica di aver isolato una leptospira che egli afferma essere una varietà nuova. Tale affermazione è basata solo sul risultato di alcune prove di agglutinazione dalle quali appare che, mentre essa non è agglutinata da sieri di ammalati che agglutinano gli stipiti classici è invece agglutinata da *tre* sieri di malati che non agglutinano tali stipiti. Nessuna altra prova intesa a stabilire le caratteristiche antigeniche di questa leptospira mediante sieri immuni verso stipiti noti, appoggia l'affermazione dell'A. Viene invece accennata come particolarità di tale l. « quella di aderire con una certa facilità al vetrino porta-oggetti e di mostrare allora strani movimenti a scatto ». Fenomeno banale che si osserva sempre quando i vetrini non siano nuovi e assolutamente non acidi.

Per quanto la questione del nome sembri doversi considerare sorpassata (questa leptospira è già stata coltivata da tempo nelle Indie Olandesi) devo insistere sul fatto che gli elementi forniti nella nota del dott. B. non dimostrano affatto che si tratti di una nuova leptospira. Essi permettono solamente l'espressione di una opinione personale che è troppo poco fondata su dati che possano giustificare l'assegnazione di un nome particolare.

E più ancora devo accentuare l'assenza di ogni accenno al fatto del riscontro batteriologico di ben 5 stipiti da me fatto prima di lui, nel proseguimento di un problema da me posto ed al quale, come gli era ben noto, continuavo a lavorare.

***

Questi i dati di fatto dai quali risulta:

1) Che io ho identificato per primo tra i lavoratori della risaia di questa regione che una forma febbrile comunemente ritenuta come una malattia a tipo reumatico o influenzale è invece dovuta a una infezione da leptospira.

2) Che la precisazione dei limiti moderati della infezione era già avvenuta prima che il prof. B. avesse ad occuparsi qui sul posto di questa questione.

3) Che per il primo io ho ottenuto in cultura da un'ammalata in 3ª giornata una leptospira che il prof. B. ha visto, ha colorato personalmente e della quale ha determinato il numero di spire.

4) Che ai primi di agosto 1938 il prof. B. sapeva che io avevo isolato 5 stipiti di leptospire direttamente dagli ammalati e ciò quando ancora egli non aveva ottenuto alcuna cultura positiva.

5) Che il siero dell'a. da cui è stata ottenuta la mia prima cultura, agglutina secondo le ricerche di B. lo stipite che egli ha successivamente isolato.

6) Che di questi fatti egli non ha tenuto conto nel riferire i risultati delle sue ricerche.

7) Che io ho comunicato nel settembre 1938 al Congresso di Amsterdam gli elementi che permettono di differenziare la leptospira da me coltivata da altre già note, precisando che diverse varietà di leptospire prendono parte alla determinazione della leptospirosi nel Vercellese.

***

Fissati questi punti devo ancora rettificare le affermazioni del prof. B. circa il modo secondo il quale io avrei considerato la etiologia della leptospirosi nel Vercellese.

I dati raccolti mediante l'esame di un certo numero di sieri di ammalati dell'autunno 1937 dimostranti la presenza in essi sia nei casi con ittero che a decorso puramente febbrile di anticorpi agglutinanti, litici e immunizzanti solo per gli stipiti classici e la nozione di antica data che l'infezione da l. i.-h. decorre spesso senza ittero, erano sufficienti a permettere di ritenere che a questa leptospira dovessero essere ricondotti sia gli uni che gli altri, tanto più che le agglutinazioni con altre leptospire che potevano essere prese in considerazione e in modo speciale la l. typho-gripposa erano state del tutto negative così da poter escludere che essa entrasse in causa. Nè si potevano considerare come casi sporadici di cosiddetto M. di Weil quelli a decorso itterico, perchè altrettanto numerosi erano a quell'epoca i casi a decorso puramente febbrile e sierologicamente positivi. D'altra parte nelle nostre regioni e in Piemonte in genere la esistenza di questa infezione non era stata accertata da lungo tempo, risultando anzi da ricerche di Ceruiti e Reitano l'assenza di infestazione dei ratti di Torino e risalendo uno degli ultimi casi descritti in Piemonte a parecchi anni addietro in un individuo che si sarebbe infettato cadendo in mare nel porto di Savona (Micheli).

La rarità dell'accertamento di questa infezione risulta anche dalle difficoltà che si sono da principio opposte a procedere alla prova di agglutinazione che esulavano dalle possibilità di vari istituti sierodiagnostici per mancanza di antigene, indizio della scarsità di occasioni di procedere a tali esami.

D'altra parte il fatto constatato da me che i ratti di questa regione sono portatori di leptospire i-h. concorreva a mettere in particolare evidenza questa leptospira in confronto alle altre. E che effettivamente in parecchi casi di leptospirosi senza ittero la infezione sia dovuta alla l. classica è dimostrato anche dal fatto che tale reperto sierologico è stato ottenuto pure questo anno e che inoltre da due ammalati a decorso puramente febbrile (il siero dei quali agglutina solamente gli stipiti classici), ho isolato due stipiti di leptospire che sono identiche in ogni loro proprietà antigenica alla l. i-h. (Un terzo stipite identico è stato isolato da un ammalato con ittero).

Nessun dubbio pertanto che la leptospira classica sia stata la causa della leptospirosi a decorso puramente febbrile per i malati che avevano dato reazione agglutinante positiva per questa l. Restavano quelli a reazione negativa che per motivi di ordine clinico ed epidemiologico dovevano pure essere ricondotti ad una infezione da leptospire se anche la precisa dimostrazione facesse difetto.

Dopo che nel luglio del 1938 ebbi ad ottenere le nuove culture ed a constatare che erano agglutinate solo dai sieri che non agglutinano gli stipiti classici, la questione dei sieri negativi dell'autunno precedente era del tutto chiarita, in quanto essi davano agglutinazione con questi nuovi stipiti. Dopo aver accertato con le prove mediante sieri immuni verso stipiti noti che le leptospire da me ottenute costituivano una varietà nuova, ho potuto comunicare, come già ho detto ad Amsterdam nel settembre 1938, che la leptospirosi di queste regioni dipende da due, per lo meno, leptospire. La l. i-h., e una nuova varietà di leptospire, quella da me isolata, « non identificabile sierologicamente con le altre L. ricordate », aggiungendo che essa doveva prender posto tra quelle già numerose aventi carattere locale.

Questa espressione viene usata per indicare quelle leptospire che hanno una distribuzione geograficamente limitata (Schüffner) a differenza della leptospira classica che è ubiquitaria, con gli stessi caratteri in tutto il mondo. Quindi non « varietà della l. i-h. » come ha voluto leggere il prof. B. ma « nuova varietà finora non conosciuta tra le molte leptospire aventi carattere locale » come è detto nella mia nota sul « Policlinico ». L'identità di questa l. con stipiti già precedentemente isolati nelle Indie Olandesi potrà mettere in discussione se il fatto della ubiquitarietà sia effettivamente un carattere esclusivo della leptospira classica. Ciò non toglie che l'espressione varietà locale sia stata adoperata proprio per mettere in evidenza la diversità fondamentale tra la leptospira classica, ubiquitaria e quella da me isolata, geograficamente limitata.

***

Da questi elementi appare ben evidente quale sia stata la mia opera per la chiarificazione di questo problema che io ho posto per primo e per la soluzione del quale ho svolto un complesso di indagini che solo può valutare

chi abbia pratica di queste ricerche. Le quali, superate senza il concorso di altri le prime oscillazioni facili a verificarsi all'inizio, hanno portato all'accertamento della natura infettiva da leptospire del particolare quadro morboso che ho messo in evidenza tra i lavoratori delle risaie, alla precisazione sierologica e alla identificazione batteriologica di due leptospire, una identica alla l. i-h. classica, l'altra, da me per la prima volta coltivata in Italia e definita nei suoi caratteri particolari come una varietà del tutto diversa dalla l. classica e da altri stipiti.

(Una terza varietà è stata successivamente riconosciuta, solo sierologicamente).

È mio diritto mettere in evidenza questi elementi, precisando dati di fatto incontrovertibili, anche senza aggiungere sul modo di agire altrui alcun giudizio. Che posso lasciare tranquillamente a chi voglia esaminare i fatti nella loro chiara evidenza.

Dott. PROSPERO MINO,
docente, primario nell'Ospedale Maggiore di Vercelli, Sezione generale medica.

Consideriamo, con ciò, chiusa la polemica.

La Redazione.

RILIEVI E COMMENTI

A proposito di cura medica dell'appendicite acuta.

Bene a ragione il collega prof. Gucci in uno degli ultimi fascicoli del *Policlinico*, n. 14, pag. 647, ha richiamato l'attenzione sulle gravi ed irreparabili conseguenze cui nella appendicite acuta può esporre qualsiasi cura medica, e in particolare quella bismutica recentemente proposta da alcuni AA.

Nel sottoscrivere pienamente le affermazioni del collega Gucci, voglio additare un pericolo non meno grave che potrebbe derivare dalla applicazione sistematica di un altro metodo di cura testè preconizzato in Francia dal Weinberg, cioè la sieroterapia specifica dell'appendicite acuta, intesa come unico ed esclusivo trattamento della malattia stessa, e non come rimedio coadiuvante dell'intervento operatorio, sulla cui efficacia (almeno relativa) non vi è forse più motivo di dubitare.

La comunicazione del Weinberg all'Accademia di Medicina di Parigi, 29 novembre 1938, mentre ha suscitato una immediata e vivace reazione da parte dei più eminenti chirurgi francesi (Duval, Gosset, Hartmann), sembra invece aver trovato una stampa favorevole in Italia, essendomi accaduto di leggere nella *Riforma Medica* del 1° aprile, pag. 497, un commento dell'Ajevoli che termina con le seguenti testuali parole: « come si vede il problema è interessante, e sorprende davvero notare che possa incontrare esitazione fra chirurghi. Quasichè l'appendicectomia non di rado avventata, non dia già abbastanza insuccessi, magari tra operatori che se ne affermano padroni assoluti! ».

A mio sommesso avviso, simili affermazioni sono da considerarsi quanto mai inopportune e nello stesso tempo *dannosissime*, perchè destinate ad ingenerare una subdola sfiducia nel valore della chirurgia in questo campo ed a creare, invece, illusorie speranze sull'impiego di nuovi metodi di cura i quali sono ancora in una fase di embrionale esperienza. Che i sintomi di una appendicite acuta siano regrediti nei pochi casi trattati dal Weinberg con iniezioni di siero antigangrenoso polivalente, non significa proprio nulla, essendo ben noto come possano gli stessi sintomi scomparire (e per fortuna ciò avviene sovente) in modo spontaneo senza l'intervento di alcuna terapia. Ci vuole ben altro per dimostrare in modo perentorio l'efficacia di una sieroterapia specifica dell'appendicite e per giustificare l'abbandono dell'unica arma realmente capace di debellare la pericolosa malattia: il bisturi!

Anzichè perdere tempo nel lodare con ben scarso senso critico ogni nuovo metodo di cura incruenta che appare sull'orizzonte, ritengo sarebbe conveniente e doveroso incoraggiare piuttosto lo spirito audace ed aggressivo del chirurgo moderno ed insistere nella diffusione presso medici e profani di questo canone fondamentale, ormai consacrato dalla vasta esperienza di operatori di tutto il mondo:

ogni appendicite acuta, appena diagnosticata, va operata d'urgenza come un'ernia strozzata, come una perforazione di ulcera gastroduodenale, come una ferita penetrante dell'addome. Fino a prova contraria, l'intervento precoce rappresenta il solo mezzo utile per ridurre la mortalità ancora troppo elevata di una malattia, come questa, per la quale oggi non si dovrebbe più morire.

A questa semplice, limpida, lapalissiana conclusione sono giunti tutti coloro che hanno osservato, come noi, centinaia e centinaia di appendiciti acute nella loro variabilissima, capricciosa e spesso imprevedibilmente drammatica evoluzione. Bando agli inutili e funesti temporeggiamenti! Dell'operazione precoce e sistematica nessuno avrà mai a pentirsi, nè il chirurgo e nemmeno il medico. Mentre gioverà a salvare un grande numero di vite umane altrimenti condannate come un tempo a soccombere per una peritonite fatale, varrà altresì a risparmiarci infinite amarezze postume, a salvaguardare la nostra responsabilità professionale, a proteggerci — è bene insistere anche su questo punto doloroso — da eventuali sanzioni giudiziarie.

Firenze, 18 aprile 1939 - XVII.

GIOVANNI CAVINA, chirurgo primario nell'Ospedale San Giovanni di Dio

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI CAGLIARI
diretta dal prof. A. SERRA.

L'associazione calcio-bromica nella terapia dermatologica.

Dott. CARLO MARCHI, assistente.

È ormai vecchia acquisizione della terapia dermatologica l'uso del bromo. Questo elemento combinato con diverse sostanze fu dapprima usato soltanto per via orale, poi per via endovenosa ed ipodermica.

Purdon nel 1868 osservò che il bromuro di ammonio guarisce la prurigine in tempo di 15-60 giorni. Somministrava il composto in dose da 10 a 20 grani tre volte al giorno, sospendendo ogni cura locale. Come inconvenienti notò sul principio della somministrazione, acceleramento del polso; vide che il prodotto somministrato a larghe dosi era anodino, determinava il sonno, aumentava la diuresi.

Artesiano nel 1871 in un caso di prurigine formicante dell'ano, che si manifestava specialmente nelle ore notturne, somministrando nelle ore pomeridiane una soluzione di bromo in tre volte prima dell'ora del sonno, ottenne la guarigione in tre giorni.

Galassi nel 1874 trattò diverse dermatosi con bromuro di calcio in dosi da mezzo a quattro e mezzo grammi al giorno con ottimi risultati.

Il punto di partenza della terapia bromica endovenosa in dermatologia è costituito dalle ricerche che Lebedjew fece in Russia prima del 1924. Questo Autore si propose di trovare una nuova terapia che eliminasse nella cura delle affezioni dermatologiche pruriginose, l'uso dei comuni mezzi sedativi data la grande penuria di unguenti e di materiale da fasciatura in cui si venne a trovare la Russia in quell'epoca.

Egli partendo dal presupposto che nella patogenesi delle infiammazioni occupano un posto di notevole importanza i fattori nervosi, e che mitigando il prurito si può favorevolmente influire sull'evoluzione delle infiammazioni stesse, introdusse nella terapia dermatologica l'uso del bromuro di sodio per iniezioni endovenose. Praticò iniezioni endovenose giornaliere di 10 cc. di soluzione al 10 % di questo prodotto in eczemi, orticarie e psoriasi ottenendo ottimi e rapidi risultati sia sul prurito che sui fatti infiammatori.

Queste ricerche furono ripetute e confermate da molti Autori specie negli eczemi acuti.

Nel 1925 Sellei e Liebner provarono a somministrare per « os » quantità di NaBr superiori ottenendo risultati meno buoni; sostituendo questa terapia con iniezioni di SrBr2 ebbero risultati ancora più scarsi.

Felugo praticando la terapia bromurica endovenosa in alcune dermatosi concluse « che l'impiego dei bromuri per via endovenosa non è tossico non avendo mai riscontrato nessuna alterazione degli emuntori renali, ed è ottimamente tollerato non avendo mai cagionato fenomeni di bromismo; che i bromuri possono trovare utile indicazione nel prurigo di Hebra e in tutte quelle forme di prurito che sono espressione di una vera nevrosi sensitiva della pelle; nelle altre forme cutanee dolorose non hanno che una lieve e fugace azione sedativa ».

Deselaiers curò 27 casi di dermatosi, in prevalenza eczemi, con iniezioni endovenose di Ekzebrol ottenendo in tutti i casi risultati ottimi, rapidi e durevoli, specie negli eczemi acuti infiltrativi gementi.

Hübschmann trattò con ottimi risultati molte dermatiti acute e croniche riacutizzate, eczemi, lichen ruber planus, forme orticarioidi, pruriti senili, ecc. con soluzioni concentrate di bromuro di sodio per via endovenosa.

Sicilia ottenne con la bromuro-terapia endovenosa la guarigione, con 3-6 iniezioni nelle forme acute e recenti (eritemi tossici, eczemi acuti). Notò la scomparsa del rossore, del calore e dell'edema fin dalla prima iniezione; con 10-15 iniezioni guarì numerosi eczemi cronici.

Ferrero trattando 41 casi con terapia bromica endovenosa ebbe 13 guarigioni, un peggioramento, 14 risultati nulli. I casi comprendevano forme di eczemi acuti localizzati e generalizzati, dermiti artificiali, eczemi cronici, orticarie, lichen ruber planus, pruriti essenziali, pruriti localizzati, pruriti senili.

Halberkann e Delbanco confermarono l'efficacia terapeutica del bromo endovenoso usando il « Brom-Hosal »; videro che il Brom-Hosal favoriva in modo ottimo la eliminazione del cloruro di sodio dall'organismo.

Hartmann e Roques, Wolf, Bournier, Demoly, De Gregorio confermarono su numerosi casi le osservazioni di Lebedjew.

Numerosi altri Autori praticarono la terapia bromica endovenosa ottenendone ottimi risultati.

Sebbene nelle osservazioni riferite non si trovi accenno alcuno a inconvenienti prodotti dalla terapia bromica, figurano pur tuttavia nella letteratura numerosissimi casi di dermatosi causate da essa specie se praticata per via orale. Non mi dilungo su questo argomento che, ripeto, è ricchissimo di osservazioni, ma passo subito a quanto è stato detto finora sul meccanismo di azione della terapia bromica nelle affezioni dermatologiche.

Le principali ipotesi avanzate sono:

che il bromo agisca sul sistema nervoso centrale (Lebedjew, ecc.);

che il bromo agisca direttamente sui tessuti malati, sostituendo i cloruri nei tessuti stessi, neutralizzando l'azione edematogena del cloro e aumentando l'alcalinità del sangue (Deselaiers, Sellei e Liebner, ecc.);

che il bromo ristabilisca l'equilibrio tra la quantità di acidi organici contenuti negli umori e quella esistente negli spazi intercellulari, modificando l'eccesso di acidi e rimettendo l'organismo in condizioni normali di equilibrio (Khorchanowsky, ecc.).

Il bromo è un elemento che entra nella normale composizione dell'organismo dove può sostituire in determinati limiti, nei liquidi organici e nelle secrezioni ed escrezioni, i cloruri. Rappresenta il prototipo dei sedativi del sistema nervoso centrale, agendo sulla corteccia cerebrale, esclusivamente, per taluni Autori, per altri anche sul centro emetico e sul vasomotorio. Queste proprietà del bromo ne fanno facilmente capire la sua importanza nella terapia dermatologica.

Ma ho già accennato come il bromo determini, a volte anche in breve spazio di tempo, manifestazioni cutanee essudative a tipo acneico.

Occorreva quindi associare al bromo, per escluderne gli effetti dannosi una sostanza che esplicasse un'azione antagonista su di esso pur non diminuendone le proprietà sedative. Ottimo a tale scopo si dimostrò il calcio. Il calcio infatti inibisce le manifestazioni bromiche, e al tempo stesso è di per sè solo, sedativo ed equilibratore del sistema nervoso autonomo ed organico.

Le ricerche sull'azione del calcio in dermatologia sono numerosissime. Ne cito alcune tra le più recenti.

Sannicandro sottopose a cura calcica endovenosa con Biocal ed Afenil, 33 soggetti affetti da svariate dermatosi ottenendo rapida attenuazione dei fatti infiammatori, scomparsa di edema, disseccazione delle vescicole, aumento della diuresi, attenuazione del prurito. Attribuì i risultati ottenuti al fatto che il calcio, disidratando i tessuti, ne diminuisce la tensione e conseguentemente attenua i disturbi soggettivi (ardore, prurito) ed obiettivi (infiammazione, edema, essudazione).

Sirota avrebbe ottenuto la guarigione di

tutti i casi di acne trattati con iniezioni di 5 cc. di soluzione di cloruro di calcio al 10% ogni tre giorni.

Bloom curò 13 soggetti affetti da acne volgare con iniezioni endovenose in numero da sei a 21, di cc. da 5 a 10 di cloruro di calcio al 10% ottenendo buoni e rapidi risultati.

Meineri riferì un caso di epidermolisi bollosa trattata e guarita con iniezioni endovenose di gluconato di calcio.

La grande importanza del calcio nella terapia dermatologica fu messa in evidenza dalle ricerche di Luithlen sulle relazioni fra intossicazioni alimentari e manifestazioni cutanee. Dopo di lui numerosi autori precisarono l'azione del calcio. Così, Herbst, Overton, Cramer, Wiechmann, Osterhout ne fissarono il posto occupato nei processi di solidificazione e di impermeabilizzazione delle pareti cellulari; Heubner ed altri, le proprietà antipiretiche; Hamburger, la stimolazione fagocitaria dei leucociti.

Partendo da tutte le osservazioni suddette sul bromo e sul calcio, si giunse quindi all'associazione calcio-bromica.

Una felice combinazione del calcio col bromo, da pochi anni introdotta in terapia è il Calcibronat.

Questo prodotto è stato largamente impiegato nelle più svariate affezioni.

Il primo Autore che ne illustrò l'efficacia terapeutica fu il Blum che usò il Calcibronat nel campo della neuropatologia con ottimi risultati.

Successivamente Stalder ne dimostrò l'utilità nelle affezioni gastro-enteriche.

Winterseel riferì risultati soddisfacenti ottenuti su psiconeurosi, neurosi cardiache e vasomotorie, morbo di Basedow, ipertonia giovanile compensata, epilessia.

Gehlen usò il Calcibronat su 100 gastro-enteropazienti, sempre con ottimi risultati.

Gloor-Meyer ebbe risultati buonissimi in 60 casi di psicosi e psicopatie e nevrosi vegetative con e senza manifestazioni viscerali.

Il Calcibronat impiegato dagli Autori suddetti per via orale non diede mai inconveniente alcuno. Successivamente venne preparato anche per iniezioni endovenose ed intramuscolari.

Limitando la visione dell'azione terapeutica del Calcibronat in dermatologia, vediamo come sotto la forma endovenosa appunto trovò specialmente impiego in dermatologia.

Trenk trattò 300 pazienti affetti da dermatiti, eczemi vari, urticarie, prurito senile, ulcera varicosa, ecc., con iniezioni endovenose di 10 cc. di Calcibronat praticate a giorni alterni. Ottenne guarigioni con un minimo di una iniezione, in casi di urticaria, fino ad un massimo di 10 in casi di eczemi.

Liebner trattò con esito felicissimo 47 casi di eczemi acuti di varia natura, 14 di urticaria, 3 di edema di Quincke, un caso di eritrodermia psoriasica.

Kallós riferì di un caso di orticaria, straordinariamente grave, ribelle a tutte le cure, guarito con Calcibronat.

Il Calcibronat, lattobionbromidrato di calcio $[(C_{12}H_{21}O_{12})_2\ Ca.\ CaBr_2 6H_2O]$ contiene il 15,06 % di bromo e il 7,54 % di calcio.

Il calcio e il bromo si trovano quindi nel rapporto di 1:2.

I risultati ottenuti da diversi Autori con questa felice combinazione bromo-calcica nei campi diversi della medicina in questi ultimi anni ci hanno indotto a sperimentarlo in un gruppo di malati della nostra disciplina.

Dal Maestro che consigliò e guidò queste ricerche, venne a me affidato il compito di seguire i malati, sperimentare l'azione del sinergismo dei due joni calcio e bromo e riferirne il risultato.

Le nostre ricerche clinico-terapeutiche sul Calcibronat datano dal marzo 1935. Hanno subito una interruzione per la mia partenza in Africa Orientale Italiana ed al mio ritorno nel febbraio 1937 sono state riprese su vasta scala.

Le osservazioni sono state praticate su una settantina di casi di cui alcuni riguardano infermi ricoverati in Clinica ed altri trattati ambulatoriamente.

Riferisco qui solo i risultati ottenuti nei casi che hanno seguito regolarmente la cura e che sono stati sottoposti a controllo continuo ed accurato durante il trattamento e per un lungo periodo di tempo. Alcuni ho dovuto sottoporli a diversi cicli di cura alternati da periodi di riposo onde raggiungere la guarigione. Di quelli che — come spesso avviene nei malati curati ambulatoriamente — sono scomparsi dopo raggiunto un discreto miglioramento o hanno interrotto la cura, non ho tenuto alcun conto.

Tecnica e dose. Il medicamento è stato somministrato in un gruppo per via gastrica, in uno per via endovenosa ed in uno per via intramuscolare.

Per via gastrica ho somministrato il Calcibronat in forma granulare: tre volte al giorno negli adulti e due volte al giorno nei bambini, un cucchiaino da caffè. In tre casi di dermatosi croniche ho potuto darlo in dosi piuttosto alte: due compresse effervescenti sciolte in un

bicchiere d'acqua al mattino; due cucchiaini della forma granulare a pranzo; due compresse effervescenti la sera.

Le iniezioni endovenose le ho fatte sempre a giorni alterni a digiuno.

Anche le iniezioni intramuscolari le ho praticate a giorni alterni.

Tanto per via endovenosa come per via endomuscolare ho praticato dei cicli di cura di venti o trenta iniezioni intercalati con un periodo di riposo di dieci o quindici giorni.

In cinque casi al ciclo di cura endovenoso ho fatto seguire un ciclo di iniezioni endomuscolari dopo un periodo di riposo di otto giorni.

In cinque casi di psoriasi al ciclo di cura endomuscolare ho associato, nei giorni in cui non praticavo l'iniezione, la cura per via gastrica: una compressa effervescente e un cucchiaino raso di granulare mattina e sera.

Per poter meglio seguire l'efficacia del preparato sulle manifestazioni cutanee abbiamo lasciato gli infermi con una semplice medicatura indifferente protettiva. In buona parte però degli infermi trattati abbiamo associato alla cura col Calcibronat anche quella topica abituale.

Tolleranza. Gli infermi sopportarono benissimo tanto le iniezioni endovenose che le iniezioni endomuscolari e anche la tolleranza per via gastrica è stata ottima.

Per via gastrica, ad eccezione di qualche caso in cui l'uso del farmaco ha provocato eruttazione, la tolleranza è stata eccellente. Il preparato venne preso sempre molto volentieri da tutti i malati, anche dai bambini, che lo trovarono di gusto gradevole. Fatto questo che ci ha permesso di somministrarlo a lungo ed a dosi anche alte senza che gli infermi abbiano mai manifestato ripugnanza. Il gusto gradevole e rinfrescante non lascia nemmeno lontanamente sospettare la presenza del bromo nel Calcibronat.

Le iniezioni endovenose non provocano inconvenienti di sorta: non nausee, malessere, collasso od altri fenomeni secondari. In quattro casi abbiamo solo registrato una sensazione di calore in rapporto ad una vasodilatazione periferica determinata evidentemente dall'azione del calcio sul sistema neurovegetativo.

Il dolore provocato dalle iniezioni endomuscolari è stato lieve in dieci casi e in tutti gli altri abbastanza trascurabile.

La reazione locale variò da caso a caso ma sempre sopportabile ed in cinque casi si limitò ad una semplice infiammazione della regione sede d'iniezione, che fu di breve durata. In un caso a questa infiammazione seguì una lieve infiltrazione che lentamente andò riassorbendosi.

L'esame delle urine regolarmente praticato durante la cura non ci ha rivelato alterazioni da parte dell'apparato renale, apprezzabili. Non abbiamo notato nessun disturbo generale, nessuna reazione termica, nè fatti tossici intestinali. In nessun caso abbiamo osservato fenomeni di bromismo per quanto tra i nostri malati ve ne fossero tre sensibili al Br.

Casi clinici. Gli infermi che ho trattato sono in numero di 70 ma ne ho seguito regolarmente solo 59 che vanno così divisi:

Eczema n. 22: acuto 5; cronico 6; seborroico 4; scrophulosorum 2; psoriasiforme 1; squamoso 4.
Psoriasi n. 8.
Prurigo gestationis n. 1.
Pruriti gravidici n. 2.
Pruriti essenziali n. 5.
Parapsoriasi n. 2.
Eritema polimorfo n. 1.
Lichen ruber planus n. 1.
Orticaria autotossica n. 2.
Orticaria factitia n. 1.
Orticaria da alimenti n. 2.
Lepra n. 1.
Lupus vulgaris n. 2.
Tubercolosi cutanea n. 2.
Dermatosi erpetiforme del Duhring n. 1.
Piodermite varicelloide dei bambini n. 1.
Scrofuloderma n. 2.
Lupus eritematoso n. 2.
Micosi fungoide n. 1.

L'età degli infermi varia dai 7 ai 72 anni: trenta sono di sesso femminile e ventinove di sesso maschile: i soggetti sotto i dieci anni sono 12; sui 60 sono otto; gravide cinque.

Risultati terapeutici. Ho creduto opportuno sia per amore di brevità, sia per non dover riportare storie cliniche che poco offrono d'interessante, sia per la poca diversità dei risultati ottenuti, di non riferire caso per caso ma di riassumere complessivamente quanto le nostre ricerche clinico-terapeutiche ci hanno permesso di concludere sull'efficacia del preparato sottoposto al nostro controllo clinico.

Certamente la casistica non è molto ricca ma i casi sono scelti fra i più indicati. La costanza inoltre dei risultati supplisce a questa mancanza e depone in modo indiscutibile per la bontà del trattamento.

Infatti l'esito ottenuto negli eczemi, in un tempo abbastanza breve e con medicature molto semplici come quelle da noi associate alla cura generale, dimostra nettamente l'influenza benefica del Calcibronat, se pure non si può riferirsene la guarigione esclusivamente al trattamento bromo-calcico, inteso come metodo di cura specifico per tale dermatosi. Abbiamo osservato delle forme acute, madidans,

modificarsi rapidamente con la cura: scomparire l'edema e la congestione, il gemizio arrestarsi dopo le prime iniezioni o dopo qualche giorno di somministrazione di Calcibronat per bocca. Col modificarsi dei sintomi obiettivi abbiamo registrato la scomparsa di quelli subiettivi e in qualche caso la penosa sensazione di tensione cutanea, il senso di cociore, il prurito, lo stato d'irrequietezza dell'infermo sono scomparsi non appena iniziata la cura, prima che si potesse registrare una qualche modificazione apprezzabile nella sintomatologia della dermatosi.

Le modificazioni registrate negli eczemi cronici squamosi, psoriasiformi sono state meno rapide e per poter raggiungere un reale e apprezzabile miglioramento oggettivo abbiamo dovuto prolungare il trattamento sia per via endovenosa che per via endomuscolare, ed in qualche caso associare la cura parenterale a quella per via gastrica. Il miglioramento dei fenomeni soggettivi anche in questi casi è stato sempre netto e rapido. In tutti i casi — 22 — ad eccezione di uno, inveterato, che aveva praticato svariate cure saltuariamente e che non ha avuto pazienza ed ha abbandonato la cura dopo un ciclo di 30 iniezioni pur essendo migliorato, abbiamo ottenuto la guarigione. E poichè la maggior parte dei nostri infermi sono stati da noi riveduti a distanza di tempo — anche dopo tre anni — posso aggiungere che non si sono avute recidive.

Dallo studio del comportamento degli eczemi cronici squamosi, psoriasiformi di fronte al trattamento bromo-calcico ne scaturisce la deduzione pratica che il trattamento non deve essere interrotto se il risultato nei primi giorni non si può apprezzare, ma bisogna continuare la cura fiduciosi, intercalando un primo ciclo di cura con un periodo di riposo di dieci o quindici giorni, quindi riprendendo con un nuovo ciclo. Il prodotto per la sua tolleranza è appunto adatto in modo speciale per le cure protratte. Per quanto però nei nostri casi non si siano mai osservati fenomeni di bromismo, purtuttavia dobbiamo essere molto cauti nella dose del Br. da introdurre. Comunque la constatazione della maggiore efficacia sedativa del Calcibronat accanto alla mancanza di bromismo rappresenta un vantaggio che non può essere trascurato.

Risultati molto brillanti, per quanto raggiunti dopo due cicli di cura di trenta iniezioni ciascuno, intercalati da un periodo di riposo di dieci giorni, abbiamo raggiunto con la cura del Calcibronat in due casi di eczema scrophulosorum — uno in un bambino di 10 anni ed uno in una giovane di 18. In questi due casi come anche in due casi di lupus vulgaris — due di tubercolosi cutanea — due di scrofuloderma — due di lupus eritematoso, col notevole miglioramento delle condizioni generali e della sanguificazione, si è avuto ben presto la scomparsa di ogni sintomo subbiettivo. Nei due casi di eczema la dermatosi dapprima essudante, dopo 15 giorni era perfettamente asciutta, e dopo quaranta limitata alla semplice infiltrazione, di colorito rosso smorto. Un tale stato è andato lentamente modificandosi, senza riacutizzazioni di sorta, e col migliorare dello stato di nutrizione gradatamente l'infiltrato è andato riassorbendosi fino a scomparire dopo due mesi di cura.

Nei casi di lupus vulgaris, tubercolosi cutanea, scrofuloderma, la cura del Calcibronat è stata associata alla terapia locale: raschiamento seguito da impacco di permanganato potassico in soluzione satura, applicazioni radium e radioterapiche. Tutti gli infermi sono stati congedati con le lesioni completamente riparate e in ottime condizioni di nutrizione.

Con grande probabilità l'azione del calcio e bromo si esplica, in questi casi in cui la dermatosi è sostenuta da un agente specifico, regolarizzando le funzioni digestive ed endocrine, rinforzando le forze immunitarie, modificando la crasi sanguigna, migliorando il terreno e determinando conseguentemente un più sicuro risultato delle cure locali che più facilmente possono esercitare la loro azione sulle localizzazioni morbose facendo raggiungere, se non la perfetta guarigione, un arresto del processo.

Una conferma di questo concetto l'abbiamo avuta in un caso di lepra mista che in seguito a cure a lungo protratte di vaccino alternato a olio di chaulmoogra e chaulmoograti presentava uno stato di deperimento organico, depressione e astenia, accentuazione di tutti i disturbi nervosi propri della infezione leprosa: cefalea intensa, malessere generale, anoressia, dolori folgoranti agli arti inferiori, nevralgie spiccate, senso di freddo alle estremità e di formicolio esasperante, tachicardia, senso continuo di oppressione, malinconia, ulcerazioni atoniche agli arti inferiori, ulcera perforante plantare.

Orbene, tutti i disturbi si attenuarono rapidamente in seguito alla cura e scomparirono in breve tempo mentre le ulcerazioni torpide andarono mano mano, per quanto molto lentamente, ricoprendosi di granulazioni di buona natura fino a riparare completamente. Si è constatato un miglioramento della sanguificazione, aumento di globuli rossi, del tasso

emoglobinico e diminuzione dei globuli bianchi, aumento del peso del corpo. Le condizioni generali rifiorirono. La malattia entrò in quello stato di remissione che dura per diversi anni.

Il Calcibronat in questo caso per l'azione del calcio come equilibrante sul sistema nervoso e sugli stati di emotività esagerata e per quella eminentemente sedativa del bromo ha dapprima regolarizzato e calmato ogni depressione psichica, ogni angoscia, suscitando nel nostro infermo quel senso di confortante euforia da noi registrato. Ha, in un secondo tempo, stimolando i poteri difensivi organici creato un movimento immunitario tale che ha avuto il potere di far rifiorire di pari passo le condizioni generali. Al miglioramento di un alterato ricambio, alla scomparsa di uno stato di tossicosi in stretto rapporto alle alterazioni del metabolismo è subentrato un miglioramento del terreno che ha permesso che le cure locali esplicassero la loro azione portando alla riparazione di piaghe torpide e ribelli ad ogni trattamento.

Ottimi risultati abbiamo potuto registrare nel gruppo di infermi affetti da pruriti essenziali 5; pruriti gravidici 2; prurigo gestationis 1.

In questi infermi il Calcibronat si è palesato un composto preziosissimo per la sua azione benefica equilibratrice e sedativa ad un tempo del sistema nervoso. Abbiamo visto in tutti questi infermi scomparire relativamente presto ogni disturbo subiettivo e ritornare la serenità. Con la scomparsa del prurito sono rapidamente scomparsi i fatti secondari da questo determinati.

Anche il caso di lichen ruber planus ha beneficiato, per quanto molto lentamente e dopo lungo e costante trattamento, della cura con Calcibronat. Il sintomo prurito si è attenuato ed è scomparso qualche giorno dopo iniziata la cura.

Tutto il gruppo delle dermatosi a tipo ponfoide, 1 caso di orticaria factitia, 2 di orticaria autotossica e 2 di orticaria da alimenti, ha risentito in modo speciale il beneficio della cura col Calcibronat.

Il prurito è rapidamente scomparso, le funzioni gastrointestinali si sono regolarizzate ben presto, le chiazze critemato-orticate sono andate appianandosi e sfumando gradatamente, i ponfi si sono appiattiti e il rilievo e il colorito mano mano sono scomparsi; la mucosa della bocca, della faringe e delle congiuntive che in un caso si presentava fortemente congesta è andata decongestionandosi fino a ritornare normale in breve spazio di tempo.

Nel gruppo psoriasi e parapsoriasi — 8 psoriasi e 2 parapsoriasi — si è ottenuto qualche vantaggio ma in quei casi che hanno avuto costanza nel trattamento e l'hanno seguito per due cicli con l'intervallo di dieci giorni tra un ciclo e l'altro.

In tutti i casi abbiamo dovuto associare la solita cura locale alla cura generale ed abbiamo avuto la sensazione che il periodo di cura sia stato meno lungo di quello che abitualmente s'impiega con la sola cura locale.

Ad ogni modo dalla osservazione dei nostri casi siamo indotti a ritenere che si avvantaggiano meglio della cura col Calcibronat le esacerbazioni acute che non i processi cronici paracheratosici.

Vantaggio indiscutibile hanno conseguito dal trattamento col Calcibronat il caso di piodermite varicelloide dei bambini; il caso di dermatite erpetiforme del Duhring; il caso di micosi fungoide; il caso di eritema polimorfo, sia per la scomparsa di ogni sintomatologia soggettiva, sia per il decorso, sia per il miglioramento delle condizioni generali degli infermi.

*
* *

La casistica riportata per quanto non sia così numerosa da autorizzarci a dare un giudizio definitivo sulla efficacia del Calcibronat, purtuttavia possiamo formulare delle conclusioni favorevoli a vantaggio di questo nuovo mezzo terapeutico che ci consente di intravedere una diffusione maggiore in avvenire della calcio-bromo-terapia in dermatologia.

Dobbiamo riconoscere in questo preparato anzitutto una tolleranza locale e generale ottima, dato che in individui d'ambo i sessi vecchi, bambini, gravide non ha dato luogo a incidente alcuno degno di nota ed è stato tollerato benissimo anche se adoperato a lungo ed a dosi elevate.

In base ai risultati ottenuti in diverse dermatosi ha dimostrato di essere un ottimo sedativo ed equilibratore del sistema nervoso.

Ha dimostrato di essere un buon regolatore delle funzioni digestive ed endocrine, di rinforzare le forze immunitarie, di modificare la crasi sanguigna, d'innalzare il tasso calcemico riportandolo al normale, di migliorare il terreno, in modo da consentire l'esplicazione delle cure locali abituali.

La sua efficacia in tutte le dermatosi si manifesta nella attenuazione della permeabilità vasale e nella diminuzione della disposizione

della cute ad infiammarsi per cui ha un vasto campo di applicazione.

La cura calciobromica infine merita di essere tentata in tutti i casi di dermatosi in cui si sospetta uno squilibrio neuro-endocrino, uno stato carenziale o ipocarenziale onde poter riportare la cute nelle condizioni migliori di trofismo, di reattività.

RIASSUNTO

L'A. ha usato il lattobionbromidrato di calcio (Calcibronat) in una settantina di dermatopazienti ricoverati in Clinica, dei quali 59 seguiti con regolarità ed in altri soggetti trattati ambulatoriamente; ha conseguito buonissimi risultati, sovratutto allorchè intervengono squilibri neuro-vegetativi o stati carenziali od ipocarenziali.

BIBLIOGRAFIA.

ARTESIANO. La Liguria Med. n. 17, 1871.
BLOOM. New York State Journ. of Med., 1929.
BLUM. Schw. Med. Wschr., n. 19, 1933.
DE GREGORIO. Acta Derm., n. 5, 1933.
DESELAIERS. Derm. Wschr., 1925.
FELUGO. Giorn. It. Dermat. e Sifil., 1925.
FERRERO. L'Ospedale Maggiore di Novara, n. 1, 1930.
GALASSI. Giorn. It. Mal. Ven., 1874.
GEHLEN. Klin. Wschr., n. 20, 1934.
GLOOR-MEYER. Schw. Med. Wschr., n. 25, 1934.
HALBERKANN e DELBANCO. Derm. Zeitschr., 65, 1932.
HARTMANN e ROQUES, WOLF, BOURNIER, DEMOLY. Riportati da De Gregorio (v. s.).
HÜBSCHMANN. Ceska Derm., v. 10, 1928.
KALLÓS. Deut. Med. Wschr., n. 5, 1936.
KHORCHANOWSKI. Riportato da De Gregorio (v. s.).
LEBEDJEW. Derm. Wschr., n. 35, 1924.
LIEBNER. Börgyógyászati Szemle, Sz. 12, 1928.
ID. Monatschr. Ungar. Med., 1935.
LUITHLEN. Arch. f. exp. Path., 1912.
MEINERI. Il Dermosifil., 1931.
PURDON. Journ. of Cut. Med., 1868.
ROTHLIN. Schw. Med. Wschr., n. 17, 1927.
SANNICANDRO. Giorn. Ital. Derm. e Sifil., 1927.
ID. Giorn. Ital. Derm. e Sifil., 1928.
SELLEI, BÁRSONY e LIEBNER. Wien. Med. Klinik., n. 12, 1926.
SELLEI e LIEBNER. Börgyógyászati Szemle, Sz. 3, 1925.
SICILIA. Actual. Terap., 1930.
SIROTA. Derm. Wschr., 1927.
STALDER. Schw. Med. Wschr., n. 30, 1933.
TRENK. Derm. Wschr., n. 29, 1934.
WINTERSEEL. Med. Klin., n. 7, 1934.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI RESPIRATORI.

L'ascesso pulmonare.

(J. PITON e G. LE SUEUR. *Gazette des Hôpitaux*, 11-18 marzo 1939).

L'ascesso pulmonare è costituito da una distruzione settica del parenchima pulmonare determinante la liquefazione purulenta e la confluenza degli alveoli.

Può essere primitivo o secondario. La forma primitiva è la più comune, la secondaria, meno frequente ha diverse cause. Al riguardo possono aversi:

1) *Ascessi da propagazione*: suppurazioni parietali o addominali che si aprono una via nei bronchi; cancro o stenosi dell'esofago; lesioni traumatiche dei pulmoni con ritenzione di corpi estranei.

2) *Ascessi metastatici*: embolia settica consecutiva a suppurazioni lontane (rinofaringee, tonsillari, otitiche o sinusitiche); infezioni puerperali ed intestinali; interventi chirurgici specie sulle tonsille, sull'utero ed annessi, sullo stomaco e sul duodeno.

3) *Ascessi da deglutizione*: ingestione di corpi estranei nei ragazzi, annegamento.

4) *Ascessi da pneumopatie*: in seguito a bronco pulmoniti, meno di frequente a pulmoniti, a cancro.

I germi che sono stati finora riscontrati negli ascessi pulmonari sono i seguenti:

1) *Piogeni banali*: pneumococco specie il tipo IV, streptococco emolitico, stafilococco aureo, enterococco, proteo.

2) Pneumobacillo di Friedländer, che determina una specie di flemmone diffuso.

3) Ameba dissenterica, actinomicosi.

4) *Anaerobi*: bacillus perfringens, fusiformis, ramosus, fundiliformis, fragilis, serpens, specillum nigrum, streptococco putrido; questi germi si trovano quasi sempre quando si ha fetore dell'alito.

5) *Spirocheti*: con caratteri analoghi allo Sp. bronchialis di Castellani; si trovano specie negli ascessi fetidi.

6) *Bacillo di Koch*: si trova nel pus solo in via transitoria in rapporto a distruzione di vecchi focolai tubercolari incistati.

I germi possono raggiungere il pulmone per quattro vie:

1) Via diretta: traumi o ferite d'arma da fuoco con ritenzioni di corpi estranei.

2) Via linfatica: molta rara; è seguita da alcune suppurazioni addominali.

3) Via sanguigna: embolia.

4) Via bronchiale: propagazione dalle vie aeree superiori; inalazione di prodotti settici durante l'anestesia; embolia dei bronchi medi o piccoli e conseguente atelettasia infetta.

L'ascesso può localizzarsi in qualunque par-

te del pulmone ma di solito ha sede nel lobo inferiore al di sotto della scissura, e più spesso a destra. La sua grandezza può variare da un grano di miglio ad un intero lobo pulmonare. Schematicamente se ne possono distinguere quattro varietà anatomiche: semplice, multiplo, diffuso o areolare, gangrenoso.

1) L'ascesso semplice è a piogeni, in principio non fetido. Il lobo pulmonare è ingrossato, pesante, denso; sembra epatizzato. La pleura è inspessita, aderente. Al taglio si riscontra una cavità in pieno parenchima, tappezzata da una membrana piogena, poco individualizzata incompleta con numerose frangie. Il pus è verdastro, spesso quando è dovuto a pneumococco, giallastro e fluido quando è dovuto a piogeni banali, e contiene residui brunastri di parenchima necrosati. Può guarire senza cicatrice indelebile e mutilante anche dopo la pneumotonia, oppure cronicizzarsi ed allora la parete s'organizza e si sviluppa la sclerosi.

2) Gli ascessi multipli sono quasi sempre fetidi. Quelli bronco-pneumonici sono innumerevoli, piccoli come un tubercolo. Il pulmone appare infarcito di noduli giallastri, purulenti, non caseosi, con al centro un bronco più o meno distrutto. Anche gli ascessi setticopiemici sono piccoli e numerosi ma hanno al centro non un bronco ma un arteria, e possono confluire.

3) L'ascesso diffuso o aerolare è anch'esso quasi sempre fetido. Tutta una zona di parenchima è alterato ed il pus è costituito da una massa eterogenica nauseabonda. L'aspetto è differente a seconda l'importanza delle lesioni bronchiali, della sclerosi associata e delle reazioni pleuriche.

4) L'ascesso gangrenoso o putrido può essere secondario alla varietà precedente. Si distingue da quello semplice perchè ha la cavità anfrattuosa, non limitata da una falsa membrana. La sclerosi è precoce, rapida, con gittate fibrose mutilanti, e non cerca di limitare l'ascesso. È accompagnato da lesioni bronchiali gravi: i bronchi dilatati mettono in comunicazione le cavità ascessuali.

L'ascesso da pneumobacillo di Friedländer è caratterizzato da una necrosi rapida, molto estesa, ma non putrida. È accompagnato da reazione pleurica emorragica. Il pus bruno, vischioso contiene frammenti di escare pulmunari, ed ha un odore di corno bruciato.

L'ascesso amebico è per lo più localizzato al lobo inferiore destro: può essere primitivo, ma più di frequente è secondario a un'epatite amebica. Il pus è biancastro, non vischioso, inodoro, ed è sterile. La parete è molto irregolare, formata da tessuto necrosato; il tessuto pulmonare vicino presenta un'alveolite desquamativa con essudato abbondante nel quale formicolano leucociti, cellule parietali ed amebe.

Clinicamente l'ascesso pulmonare si annunzia per lo più con la vomica, che ne è il sintoma più importante e più significativo. Prima di questo accidente il sospetto di ascesso pulmonare secondario può essere avanzato quando nel corso di altre affezioni si hanno manifestazioni pleuro-pulmonari (sopra tutto dolore forte e tenace, e dispnea) coincidenti con recrudescenze febbrili.

Ma in genere l'ascesso pulmonare primitivo si presenta sotto la forma di una pneumopatia grave con dolore locale, brivido, tosse insieme ad una sindrome infettiva generale con iperleucocitosi. Altre volte il decorso è subacuto con manifestazioni pulmonari banali che fanno pensare alla tubercolosi.

Nelle forme tipiche la vomica si ha ben presto verso il sesto o settimo giorno dalla comparsa dei primi sintomi. L'infermo improvvisamente, o dopo qualche leggera emottisi e un fetore transitorio dell'alito, emette in abbondanza pus. L'espettorato contiene cellule degenerate, leucociti, fibre elastiche ed una flora microbica varia a seconda i casi, e, fatto importante, non presenta bacilli tubercolari.

Raccolto su di un vetro l'espettorato si presenta come una massa purulenta omogenea, spesso mescolata con sangue e colorata in rosso o in bruno. L'odore è caratteristico, ma il fetore non può essere gran che utilizzato per la distinzione delle varie forme di ascesso.

All'esame del torace si può riscontrare: soffio anforico, qualche raro rantolo umido, zona di ottusità. Ma due volte su tre non si hanno che segni banali diffusi o anche l'assenza di qualsiasi fatto anormale.

Ma l'esame che consente di fare la diagnosi e precisare la sede dell'ascesso è quello radiologico. In genere gli esami radioscopici e radiografici semplici sono sufficienti, ma per precisare l'estensione delle alterazini anatomiche possono utilizzarsi metodi complementari, come l'esplorazione al lipiodol che consente di accertare lo stato bronchiale perifocale, di localizzare il bronco che suppura e di iniettare la cavità. Si possono inoltre utilizzare la tomografia o stratigrafia, nonchè la seriescopia che consentono di precisare i dettagli e la profondità dell'ascesso.

Infine la broncoscopia può mettere in evidenza lo stato dell'albero bronchiale, svelare corpi estranei ignorati, consente di prelevare il pus per gli esami microscopici e batteriologici, e può essere utilizzata anche a scopi terapeutici.

Il decorso è vario in rapporto alla diversità degli aspetti anatomo-clinici.

Nelle forme gravi caratterizzate da ascessi voluminosi e da stati setticemici con complicazioni multiple, specie pleuriche e cardiache, la vomica non evita l'esito letale a distanza di tempo più o meno breve.

Ma più comuni sono le forme curabili, in genere quelle da piogeni banali, nelle quali si ha uno stato generale e buono, la rapida ripresa del peso, la scomparsa dei segni ascol-

tatori e la normalizzazione dell'imagine polmonare o la formazione di una cicatrice.

Gli ascessi putridi hanno in genere un decorso cronico. Si ha la cachessia con notevole deperimento muscolare, tinta terrea, diarrea, dita ippocratiche, stato febbrile costante. In genere alla fase iniziale acuta segue una remissione, e quindi nuovi episodi acuti con alito fetido che si ripetono più o meno frequentemente, mentre l'espettorazione diminuisce per ritenzione del pus.

Nel corso della malattia si possono avere complicazioni acute (emottisi anche mortali, pleuriti reattive o purulente, ascessi a distanza, al fegato e sopra tutto al cervello) o croniche (laringiti, bronchiectasie, tubercolosi).

Tra le forme cliniche particolari vanno segnalati:

1) L'ascesso dissimulato da una pleurite, nel quale l'unico segno che può mettere sull'avviso è l'espettorazione abbondante con piccole vomiche eventualmente fetide.

2) L'ascesso amebico caratteristico per le frequenti emottisi, per l'aspetto vischioso, brunastro del pus, per la frequenza delle reazioni pleuriche.

3) L'ascesso da pneumobacillo di Friedländer caratteristico per il suo carattere flemmonoso, l'estensione delle alterazioni anatomiche, la gravità dello stato generale, l'espettorazione rossa, vischiosa, con odore di corno bruciato; la morte si verifica in una dozzina di giorni.

4) L'ascesso pulmonare dei bambini che di solito è la complicazione di un'infezione eruttiva, è dato per lo più da piogeni, è per lo più benigno, e non si cronicizza quasi mai.

Il trattamento varia a seconda del tipo dell'ascesso pulmonare.

I prodotti biologici come i vaccini (autovaccini, lisati o stock-vaccini) e i sieri non danno risultati rilevanti. Solo dalla sieroterapia antigangrenosa può attendersi qualche successo in caso di ascessi putridi.

I balsamici per iniezioni intramuscolari o endotracheali, specie se associati alla tintura di aglio (40 goccie al giorno) giovano per combattere il fetore. Allo stesso scopo possono essere utilizzati gli iposolfiti.

Gli arsenicali, trivalenti o pentavalenti, associati all'emetina, sono indicati nell'ascesso amebico, e sembra che siano giovevoli anche in altre forme di ascesso pulmonare.

Le iniezioni di metalli colloidali o di sostanze coloranti sono indicate a titolo antinfettivo generale. Ma al riguardo sono preferibili le iniezioni endovenose di alcool diluito in soluzioni isotoniche clorurate o glucosate.

I preparati di sulfamine sono in esperimento.

Come rimedi fisioterapici sono state adoperate le onde corte.

Risultati incostanti sono stati ottenuti dal drenaggio di posizione: il paziente conserva per mezz'ora, tre o quattro al giorno, la posizione più favorevole per svuotare l'ascesso.

La broncoscopia, oltre che a scopo diagnostico, è stata sfruttata per eliminare eventuali corpi estranei, aspirare il muco e le secrezioni purulente che ostruiscono i bronchi, svuotare e irrigare il focolaio purulento.

I metodi chirurgici si orientano sempre più verso il drenaggio diretto e l'exeresi.

Il pneumotorace è inefficace ed anche pericoloso.

La frenicectomia è un mezzo di attesa nelle cavità suppuranti della base.

La toracoplastica è spesso inutile e anche dannosa: tutto al più è indicata nelle caverne dell'apice.

Lo scollamento pleurico con paraffinizzazione può rendere facile il drenaggio di ascessi rotti spontaneamente.

La pneumotomia seguita da drenaggio costituisce l'intervento più semplice e meglio tollerato.

La lobectomia, che in teoria sarebbe la più indicata, è un'operazione grave per lo choc operatorio, le emorragie e la difficoltà di chiudere un bronco principale.

La pneumectomia con cauterizzazioni successive è meno pericolosa.

Quantunque recentemente si sia insistito d'intervenire il più precocemente possibile, è sempre preferibile un periodo d'attesa prima di decidersi ad atti chirurgici. Sta di fatto che al principio non può prevedersi quale sia il decorso e l'esito di un ascesso pulmonare. All'inizio bisogna limitarsi a non nuocere e ad utilizzare il semplice trattamento medico. Verso il 10° o 12° giorno s'inizierà la broncoscopia ed il drenaggio che si rimuoverà due volte la settimana. Si potrà avere un miglioramento notevole e progressivo (il fetore diminuisce, la febbre cade) ed anche la guarigione.

Tra la 6ª e la 10ª settimana, se lo stato del paziente rimane inalterato o si aggrava, bisognerà decidersi per l'intervento chirurgico.

L'età costituisce una controindicazione: al di sopra di 50 anni si opererà solo in caso di ascesso voluminoso e facilmente aggredibile. Nel bambino la guarigine spontanea abituale deve consigliare ad astenersi. Altre controindicazioni sono: Le affezioni cardiache e renali, le pneumopatie pericavitarie, la tubercolosi, il cancro, la bronchiectasia generalizzata. Ma lo stato generale anche grave, l'anemia, il deperimento, la febbre anche alta non devono indurre all'astensione. Dr.

Il trattamento della pulmonite con la sulfanilamide.

(A. E. Price e G. B. Myers. *Journal Americ. Medic. assoc.*, 18 marzo 1939).

Non è dubbio che la sulfanilamide è stata nella pratica corrente ampiamente adoperata nel trattamento della pulmonite, ma la lettera-

tura al riguardo è molto scarsa. Heintzelman, Hadley e Mellon la usarono in nove casi con penumococchi del tipo III e registrarono sette guarigioni, mentre in dieci casi di controllo le guarigioni furono solo due. Millet riferì su di un caso di pulmonite dello stesso tipo nel quale constatò la crisi immediatamente dopo la somministrazione di sulfanilamide. Louis l'adoperò in sei casi di pulmonite finiti tutti con guarigione.

Price e Myers hanno curato con la sulfanilamide 115 pulmonitici ed hanno comparato i risultati ottenuti con quelli di quaranta pulmonitici curati con il siero e di novantaquattro curati con altri mezzi.

In genere il farmaco fu somministrato per via orale, riservando la via sottocutanea ai casi molto gravi. Inizialmente fu adoperata una dose massiva di un grammo per ogni 20 Kg. di peso corporeo con un massimo di otto grammi. Successivamente fu somministrata la stessa quantità ma divisa in sei dosi, la prima quattro ore dopo la dose iniziale massiva e le altre ad intervalli di quattro ore. Contemporaneamente si dava bicarbonato di soda in quantità eguali alle dosi di sulfanilamide. Ogni giorno si determinava la quantità del farmaco contenuto nel sangue e si regolava la somministrazione in modo che la concentrazione della sulfanilamide si mantenesse tra 7 e 15 mgr. e preferibilmente di 10 mgr. per cento di sangue. Nel caso che si avessero manifestazioni tossiche, in ispecie ittero e modificazioni del quadro ematologico, si sospendeva il trattamento e si praticava la trasfusione.

La temperatura cadde al normale entro 24 ore dall'inizio della cura in 35 casi, entro 48 ore in 23, ed entro 120 ore in 27. La sulfanilamide non ebbe alcuna influenza sulla febbre in 30 casi.

Il comportamento del polso fu parallelo a quello della temperatura.

In qualche caso si notò un miglioramento dello stato generale che però in genere era mascherato dal senso di abbattimento e di astenia prodotto dal farmaco stesso.

La batteriemia divenne rapidamente negativa nel 60 % circa dei casi.

La risoluzione del processo pneumonico risultò affrettato nella grande maggioranza dei casi, e le complicazioni, specie l'empiema, furono notevolmente meno numerose in confronti dei casi trattati con siero o con i mezzi ordinari.

La mortalità raggiunse il 15,7 % dei casi trattati, ed il 38 % nei malati di controllo. Nelle forme con pneumococco I, II, V, VII e VIII la mortalità fu del 10,5 % dei casi curati con sulfanilamide e del 27,5 % dei casi curati con siero.

Nelle pulmoniti associate a batteriemia la mortalità fu del 33,3 % dei casi curati con sulfanilamide, del 50 % dei casi curati con siero e dell'80,6 % dei casi di controllo.

Le manifestazioni tossiche date dalla sulfanilamide furono: cianosi, disturbi gastro-enterici, manifestazioni cerebrali, febbre, esantemi, anemia.

La cianosi non costituisce una complicazione dannosa. Non esiste alcun rapporto tra il grado della cianosi e la gravità del caso. Molti pazienti che presentavano una cianosi intensa guarirono. È stato dimostrato che la cianosi da sulfanilamide è dovuta a pigmentazione del sangue, di rado alla metemoglobinemia e più di rado ancora a sulfemoglobinemia.

Tra i disturbi gastroenterici i più frequenti furono l'anoressia e la nausea, ma raramente raggiungessero un grado tale da impedire la somministrazione del farmaco per via orale. Il vomito e la diarrea furono rari. L'ittero si verificò in sei pazienti nei quali si sviluppò una anemia emolitica. In un altro caso si ebbe una epatite tossica, ma non si può escludere che fosse determinata dalla stessa infezione pneumococcica.

Le più comuni manifestazioni cerebrali furono l'abbattimento, la cefalea, la sonnolenza. Il delirio, a tipo di delirium tremens, si verificò in quattordici pulmonitici, di cui nove erano alcoolizzati.

Per quanto sia impossibile distinguere l'ipertermia determinata dalla malattia da quella prodotta dalla sulfanilamide, tuttavia in alcuni casi si potette accertare che l'aumento o la persistenza della febbre era prodotto dal farmaco. In tal caso la temperatura raggiunge il massimo al mattino e cade nelle ore pomeridiane.

In due casi si manifestò un esantema morbilliforme con febbre.

In sei casi si manifestò improvvisamente un'anemia emolitica acuta due giorni dopo l'inizio della cura con sulfanilamide, tre giorni dopo in quattro casi e al quinto giorno in uno. Il contenuto di emoglobina ed il numero delle emazie continuò a diminuire ancora per qualche giorno. In un paziente dieci giorni dopo la comparsa dell'anemia comparve una meningite pneumococcica seguita da morte. Gli altri cinque, ai quali fu praticata la trasfusione, guarirono. A parte questi casi in altri ventuno si ebbe una più graduale e moderata riduzione dell'emoglobina (2-4 gr. per cento cmc.) e una corrispondente diminuzione delle emazie (500.000-1.500.000 per mmc.).

Nei malati di controllo non si ebbe nessun caso di anemia emolitica.

In nessun caso si constatò granulocitopenia. Non si può dire con sicurezza se la leucocitosi constatata in parecchi casi fu determinata dall'infezione o dalla sulfanilamide. Ma quella che accompagnava l'anemia emolitica fu probabilmente provocata dal farmaco.

Tutto sommato i risultati ottenuti dalla sulfanilamide nella cura della pulmonite sono incoraggianti. Probabilmente la chemoterapia associata alla sieroterapia potrà dare effetti an-

cora migliori specie nelle infezioni a tipo II e III.

I dati clinici concordano con quelli sperimentali. Witby ha recentemente trovato che la sulfapiridina ha un'azione protettiva contro le dosi minime letali di 10.000 pneumococchi del tipo I, VII e VIII e contro un minor numero di pneumococchi del tipo II, III, e V.

Evans e Gaisford adoperando la stessa sostanza ebbero una mortalità dell'8 % di pulmonitici in confronto del 27 % dei controlli.

DR.

ORGANI DIGERENTI.

L'acalasia digestiva.

(E. MONTEIRO (*Paris Médical*, 1° aprile 1939).

Acalasia significa mancanza di rilasciamento. Questa parola, creata da Sir Coolin Perry, fu adoperata per il megaesofago, che, secondo questo concetto ampiamente sviluppato dal Rolleston e dall'Hurst, dipenderebbe dal fatto che le onde peristaltiche scendono lungo l'esofago durante la deglutizione ma non sono seguite, come dovrebbero, da rilasciamento dello sfintere del cardias. Non è quindi un fatto spastico, ma l'assenza di rilasciamento.

L'A. fa notare che le nozioni di acalasia è derivata da un'osservazione fisiologica fatta da Bayliss e Harling nota col nome di « legge dell'intestino »: il ciclo peristaltico elementare si compone di una contrazione accompagnata da un doppio rilasciamento alle estremità della zona contratta. Per questo l'acalasia non è solo la mancanza di rilasciamento di uno sfintere; è la mancanza di questo rilasciamento di fronte ad uno stimolo peristaltico. Clinicamente l'acalasia non è modificata dagli antispatistici.

Esiste l'acalasia di molti sfinteri dell'apparato digerente, e anche di quello urinario.

Acalasia dello sfintere crico-faringeo: questo sfintere rappresenta il limite anatomico fra laringe ed esofago; esso si rilascia nella deglutizione.

La acalasia dà due manifestazioni cliniche: la sindrome di Plumer-Vinson e i diverticoli faringei da propulsione.

La sindrome di Plumer-Vinson è caratterizzata da disfagia localizzata all'altezza della cartilagine cricoide con, spesso, rigurgito immediato, tosse per aspirazione di alimenti o di liquidi, e aumento della secrezione salivare. Questi disturbi scompaiono dopo alcune sedute di cateterismo esofageo. In pratica spesso queste forme passano per « bolo isterico ».

I diverticoli da pulsione non hanno, come molti credono origine embriologica per persistenza e sviluppo espansivo di una borsa branchiale, perchè, oltre a comparire sempre nell'adulto, ricompare anche dopo intervento chirurgico, a meno che non si proceda a dilatazione esofagea.

Per evitare la ripetizione dello stato morboso di Vasconcellos ha proposto la resezione parziale dello sfintere cricofaringeo. Anche la teoria meccanica di Zencker non regge alla critica. Secondo l'A. solo l'acalasia può spiegare in modo indubbio la formazione dei diverticoli.

Acalasia degli sfinteri funzionali dell'esofago. L'A. ammette l'esistenza di sfinteri funzionali nei punti in cui si ha un restringimento anatomico del lume esofageo. L'esistenza di questi sfinteri funzionali spiega la formazione, mediante il meccanismo dell'acalasia, di un diverticolo epibronchiale di propulsione, come pure di un diverticolo epifrenico e forse di una sindrome acalasica aortico-esofagea.

Acalasia del cardias. È la causa del *megaesofago*, non essendo stata confermata la teoria dell'atonia muscolare di Zencker e Ziemsen, nè quella del cardiospasmo di Mikulicz, nè quella del frenospasmo o iatospasmo di Vampré, nè quella della malformazione di Bard.

L'acalasia del cardias produce anche la *pituita* (eliminazione per la bocca di liquido alcalino simile alla saliva e coi caratteri del muco) e, raramente, il diverticolo sottofrenico o epicardico.

L'acalasia del piloro, di cui si hanno alcune prove cliniche, non è stata studiata sufficientemente. Cinque casi ne ha descritti recentemente, a San Paolo del Brasile Alipio Corrêa Netto.

L'acalasia del duodeno si basa sull'esistenza di sfinteri funzionali di questo tratto intestinale, di cui uno è localizzato al punto di passaggio fra 1ª e 2ª porzione del duodeno, uno in vicinanza dell'angolo di Freitz e un terzo, di dubbia esistenza, nella 3ª porzione.

L'acalasia di queste formazioni sfinteriche duodenali non è stata studiata, ma, secondo l'A. è probabilmente la causa del *megabulbo*, del *megaduodeno totale* e di *alcuni diverticoli duodenali*.

L'acalasia colica può riguardare lo sfintere ileo-cecale che rinforza la valvola di Bauhin, lo sfintere ceco-ascendente di Bussy all'estremità distale del ceco, lo sfintere colico destro di Hirsch nel colon ascendente sotto l'angolo epatico, lo sfintere destro di Cannon all'unione del 3° destro coi 2/3 sinistri del trasverso, lo sfintere mediotrasversale di Hurst nella parte media del colon trasverso, lo sfintere sinistro di Cannon all'unione del 1° terzo sinistro coi 2/3 destri del trasverso, lo sfintere di Payer e Strauss all'angolo splenico, lo sfintere di Balli fra colon discendente e ansa sigmoide, lo sfintere accessorio di Montier o di Rossi nella parte media dell'ansa sigmoide, lo sfintere pelvi-rettale di Moutier fra sigma e retto e lo sfintere rettale.

L'acalasia di questi sfinteri può dare il *megacolon* totale o segmentario, il *megasigma* e il *megaretto* e forse anche i diverticoli del grosso intestino.

La patogenesi dell'acalasia è stata molto bene studiata. Il Ranke nel 1926 ha trovato sempre nel megaesofago lesioni del plesso di Auerbach (infiltrazione parvicellulare, edema, cromatolisi, atrofia, diminuzione e anche scomparsa delle fibre nervose). Queste ricerche sono state confermate da Moster, Cameron, Mac Gregor, Moacir Amorim, Correia Neto e Eduardo Etzel. Quest'ultimo ha trovato anche argentofilia in margine alle fibre nervose e, a carico delle cellule, picnosi nucleare, vacuolizzazione e retrazione protoplasmatica.

Il Vasconcellos e Botelho hanno trovato queste lesioni oltre che nell'esofago anche nello stomaco, nel colon e nel retto.

Per lesione del plesso di Auerbach si ha una mancanza di coordinazione fra peristaltismo e rilasciamento sfinterico, perchè lo stimolo si propaga per via muscolare e non per via nervosa, o, meglio, essendo il dromotropismo debole nella via muscolare e forse nella via nervosa lo stimolo si trasmette lentamente per la via muscolare e rapidamente nel tessuto nervoso. Quindi si ha un blocco, per ritardo dell'onda peristaltica che giunge allo sfintere e quando vi giunge lo trova chiuso.

Il pneumogastrico non interviene o interviene in maniera trascurabile nella produzione del megaesofago, secondo il risultato di ricerche sperimentali.

L'etiologia dell'acalasia comprende infezioni (difterite, tifo, polmonite, tubercolosi, malaria, ecc.), intossicazioni (alcoolismo, saturnismo, solfocarbonismo professionale e inalazione di gas di guerra) e l'avitaminosi B_1 (deficienze alimentari, polinevriti). L'esistenza del fattore avitaminosico è stata provata da alcuni casi di guarigione colla vitaminoterapia.

L.

Studio sistematico sull'arteriosclerosi dell'apparato digerente.

(G. PREVITERA. *Archivio Italiano di Anatomia ed istologia patologica*, aprile 1939).

L'A. ha eseguito uno studio sistematico, in 52 casi riguardanti soggetti di età per lo più superiore ai 60 anni, sull'arteriosclerosi dell'apparato digerente (stomaco, duodeno, intestino mesenterico, crasso).

La frequenza delle lesioni arteriosclerotiche nei vari organi esaminati è stata del 98 % nello stomaco, del 90 % nel duodeno, del 96 % nell'intestino mesenterico, del 93 % nel crasso. L'intensità e il tipo delle lesioni era vario nei vasi di calibro diverso e l'A. descrive il quadro istologico riscontrato nei casi di grosso, medio e piccolo calibro.

È interessante rilevare che in un certo numero di casi (11 %) l'apparato digerente si presentò colpito da grave arteriosclerosi, indipendentemene da una arteriosclerosi generalizzata: in tali casi esisteva un fattore locale, un processo infiammatorio cronico aspecifico, una gastrite poliposa.

Si potrebbe quindi dire che nell'apparato digerente esistono due tipi di arteriosclerosi: un *primo tipo* di media gravità, indice di una partecipazione dei vasi dell'apparato digerente. All'arteriosclerosi che si trova diffusa a tutti i vasi dell'organismo, extra- ed intraparenchimali, ed un *secondo tipo* più grave che si accompagna a fenomeni infiammatori locali.

Un altro dato interessante è un certo rapporto che esiste tra l'arteriosclerosi della lingua e quella dello stomaco: la partecipazione della lingua alle malattie gastriche, tanto nota in patologia, risulta perciò evidente anche nell'arteriosclerosi. Un rapporto pressochè costante si dimostra tra duodeno e pancreas, sia come tipo che come intensità.

Concordanze molto vaghe esistono invece tra arteriosclerosi dell'apparato digerente e quella degli altri organi come intensità.

F. TOSTI.

Le ipovitaminosi nei disturbi digestivi.

(M. SCHNETZ. *Mediz. Welt*, 11 marzo 1939).

Numerosi esperimenti sugli animali ed una svariata raccolta di casi clinici hanno, negli ultimi anni, richiamata l'attenzione sulla presenza e sulla sintomatologia di malattie da carenza di vitamina nelle affezioni dell'apparato digerente, malattie che vanno dalla più tipica avitaminosi al grosso contingente delle così dette ipovitaminosi, indirizzando così verso una terapia efficace. Si sono quindi somministrate con successo: la vitamina A specialmente nelle gastriti anacide e subacute, il complesso B e la vitamina C nelle ulceri gastro-intestinali, nell'achilia gastrica, dei disturbi digerenti consecutivi a resezioni gastriche, nelle gastro-enteriti, duodenite, disturbi pancreatici e delle vie biliari ed anche nei disturbi digestivi complessi di origine poco chiara. A seconda che predominano i sintomi della carenza dell'una o dell'altra vitamina, si somministra l'una o l'altra e si è così venuti ad arricchire il nostro patrimonio terapeutico di utili mezzi.

L'A., sulla base della sua esperienza, si occupa degli stati ipovitaminici che insorgono nelle malattie dell'apparato digerente, specialmente in malati con reperto radiologico più o meno negativo.

***

Come primi sintomi della carenza di vitamina A nelle malattie dell'apparato digerente, troviamo: secchezza della pelle e delle mucose, emeralopia, tendenza all'anacidità gastrica. Per la B_1: parestesie, forme neuralgiche, specialmente nel territorio dello sciatico fino ad una vera polineurite, stati di depressione, di malavoglia, accessi di emicrania, sintomi anemici, disturbi digestivi fra cui predomina la mancanza di appetito, costipazione alterantesi con diarrea, disturbi nel ricambio dei carboidrati, prurito cutaneo, ecc. Indicano una

carenza di vitamina C i sintomi seguenti: notevole stanchezza e senso di debolezza, emorragie gengivali, gengivite, caduta e carie dei denti, tendenza alle emorragie gastro-intestinali e cutanee, ed alla formazione di ulcere, diminuita difesa contro le infezioni, tendenza all'iperpigmentazione della cute e delle mucose.

Viene fatto poi di chiederci quando si debba pensare ad una carenza vitaminica nei disturbi funzionali dell'apparato digerente. Per questo, è necessario occuparsi separatamente delle singole vitamine e come si arriva ad un carenza di queste.

1) *Carenza primaria di vitamina B_1 e C nella dieta.* Sintomi manifesti o latenti di tale carenza si manifestano anche negli individui sani, in seguito ad iponutrizione o ad alimentazione unilaterale, p. es. in quella quasi esclusivamente di carboidrati, oppure anche nell'alimentazione monotona continuata parecchi mesi. È interessante il rilevare che anche negli esperimenti su animali, la carenza di vitamina B_1 porta alla formazione di ulcera gastrica e che anche con una dieta priva di vitamina C si formano nelle cavie delle ulceri della mucosa nella regione pilorica e duodenale.

Sintoma importante nell'ipovitaminosi B_1 è da menzionarsi la perdita dell'appetito; è questo un sintoma comune nella maggior parte dei disturbi funzionali dell'apparato digerente, ma che ora deve venire considerato non più soltanto in rapporto alla malattia fondamentale, ma che va anche tenuto presente come precursore di una ipovitaminosi B_1. È possibile che la dieta giornaliera contenga una quantità sufficiente di tale vitamina, che però non viene tutta assorbita a causa della malattia intestinale. Tale condizione va tenuta presente perchè si può stabilire un circolo vizioso.

2) *Carenza secondaria di Vitamina B_1 e C in conseguenza della loro distruzione.* Dovuta a modificazioni dell'acidità (gastro-enterite anacida o subacida, achilia gastrica) o per cui l'acido ascorbico a causa di una rapida ossidazione diventa inattivo in mezzo alcalino; la distruzione può anche avvenire per l'impianto di numerosi germi (*B. coli*, enterococchi, ecc.) nello stomaco, duodeno e parti superiori dell'intestino.

3) *Carenza secondaria di Vitamina B_1 e C per disturbi dell'assorbimento.* Si comprende che le malattie che perturbano la meccanica ed il chimismo dell'apparato digerente turbino anche l'assorbimento delle dette vitamine; inoltre, esso viene anche a diminuire in conseguenza del troppo rapido passaggio nel tenue, come nelle gastro-enteriti acute infettive e nelle diarree pancreatiche.

La vitamina B_1 ha grande importanza per la funzione degli epiteli intestinali e quindi anche per l'assorbimento delle sostanze nutritive, per cui la sua carenza agisce sul fenomeno di assorbimento specialmente dei grassi e delle altre vitamine A, B_2, C, D, con la formazione di un circolo vizioso.

***

A questa dipendenza fra ipovitaminosi e disturbi digestivi, si deve por mente fin dal momento in cui si raccoglie l'anamnesi, ricercando i sintomi dell'ipovitaminosi per differenziarli dagli altri. La ricerca dell'acido ascorbico nelle urine ci indicherà la sua consistenza nell'organismo, mentre con la determinazione di tale sostanza nel liquor, siamo in grado di comprovare obbiettivamente i sintomi di carenza accusati subbiettivamente.

Col rivolgere una particolare attenzione ai sintomi di carenza delle vitamine B_1 e C, l'A. ha potuto rilevare nel suo servizio delle malattie dell'apparato digerente quanto frequenti siano tali sintomi, latenti o manifesti, che peggiorano, complicano il quadro, imprimendogli un particolare aspetto. Essi sono particolarmente frequenti:

1) Nel quadro morboso della *duodenite*, in cui lo stesso A. ha messo in rilievo la distruzione delle due accennate vitamine, come conseguenza dell'insediarsi abnorme di batteri, delle condizioni di ana- o sub-acidità, dei disturbi di assorbimento.

2) Nel *catarro del tenue*, che decorre spesso con una dispepsia poco chiara e con esame radiologico negativo, nei tipi costituzionali di distonia vegetativa e tendenza all'ipoglicemia.

3) Dopo *vaste resezioni gastriche*, in casi che vengono presi per disturbi aderenziali, neurosi gastrica od anche complesso isteroneurastenico.

4) In molti malati con ulcere gastro-duodenali, gastro-enterite, achilia gastrica, colecistopatia e pancreopatia cronica.

All'osservatore attento, non è difficile in molti di questi casi rilevare i segni di carenza di vitamina B_1 e C. Già dall'anamnesi si apprende che per timore di disturbi dispeptici o di accessi dolorosi, il paziente ha seguito per mesi e mesi una dieta di riguardo, osservando un progressivo peggioramento. È specialmente verso la fine dell'inverno ed il principio della primavera che aumenta il numero dei pazienti con disturbi gastrici e che i gastro-pazienti avvertono un'esacerbazione dei loro sintomi, appunto per la scarsezza di cibi con tali vitamine durante l'inverno.

La riprova dell'origine ipovitaminica di questi disturbi è data dal criterio *a juvantibus*, come dimostrano vari casi riportati dall'A. Per esemplificazione, riportiamo quello di un macellaio di 24 anni, che dalla primavera del 1937 soffriva di disturbi digestivi: perdita di appetito, intolleranza per i grassi ed i carboidrati, ripugnanza ai dolciumi, stati ipoglicemici; fatti di distonia vegetativa. Nel corso del tempo, comparsa di disturbi da carenza di vitamina B_1 e C: tendenza ad emorragie gengivali e nasali, stanchezza e malavoglia, emi-

crania, disturbi neuralgici, alle estremità, parestesie alle mani ed ai piedi. Inizio dei disturbi in rapporto con la sua professione e la dieta ricca di carne e patate e scarsa in verdure. In seguito, per timore di coliche, dieta di riguardo unilaterale; diminuzione di peso. Accolto in clinica, si trovò: iperacidità gastrica, con fatti di gastro-duodenite e ricca flora batterica nel contenuto duodenale. Comparsa di sintomi da parte del pancreas: dolore a sinistra, dispepsia, disturbi ipoglicemici, con arresto della secrezione di amilasi e di tripsina ed anormalità ipoglicemiche nella prova di carico con il destrosio. Nell'urina, deficit di escrezione di acido ascorbico.

Terapia: preparati pancreatici, acido ascorbico per bocca ed endovena, vitamina B_1 endomuscolare. Notevoli miglioramenti subbiettivi ed obbiettivi; in 3 mesi, aumento di 8 kg. di peso, normalizzazione dell'appetito e della defecazione, aumento della tolleranza alimentare, piena ripresa del lavoro.

Nella terapia, oltre a quella della malattia fondamentale, si dovrà somministrare un eccesso di vitamina e provvedere perchè ne diminuisca la distruzione (migliorando l'ambiente dell'apparato digestivo con la somministrazione di fermenti pancreatici) o se ne assicuri l'utilizzazione somministrando le vitamine per via parenterale.

Appunto per non gettare il discredito su questa terapia, sarà necessario applicarla ragionatamente e non a casaccio, tenendo presenti i reciproci rapporti fra vitamina ed ormoni e provvedendo per entrambi i componenti. Se poi vi sono sintomi di neuralgia, lombaggini, e simili, si dovranno anche considerare le eventuali infezioni focali.

fil.

DIVAGAZIONI

La personalità tipo delle malate di tossiemia della gravidanza avanzata.

(L. G. MC NEILE e E. W. PAGE (*The Americ. Journ. of the medic. sciences*, marzo 1939).

Gli AA. ritengono che non sia inutile studiare le condizioni psichiche delle eclamptiche, sebbene sia ovvio che la loro malattia abbia una base fisica.

C'è un tipo costituzionale di donne predisposte alla tossiemia della gravidanza avanzata: si tratta di donne basse e grosse, con disfunzioni endocrine (ipertricosi, prognatismo, pelvi mascolina, anormale distribuzione del grasso).

Il segno fondamentale della tossiemia nella gravidanza avanzata è l'ipertensione. L'esatto meccanismo di questa ipertensione non si è conosciuto; si sa solo che la causa meccanica immediata è un aumento del tono arteriolare. Per questo fatto, questo tipo di ipertensione somiglia all'ipertensione essenziale.

Ayman ha trovato che gli ipertesi essenziali hanno un' attività psicomotoria aumentata, sono dinamici, iperattivi, energici, sono sensitivi e irascibili, hanno sempre avuto queste qualità. Quindi questa personalità non può avere importanza determinante per la produzione dell'ipertensione ma dipende a sua volta da condizioni ereditarie o fisiche, probabilmente endocrine.

Le osservazioni di Ayman furono ripetute dagli AA. su 148 donne ricoverate in reparto ostetrico. Di queste, 51 presentavano modificazioni della pressione; 16 avevano avuto tossiemia nelle gravidanze precedenti (tossiemie ricorrenti); 16 erano eclamptiche; 8 avevano glomerulonefrite cronica e 11 ipertensione essenziale con gravidanza.

In quest'ultimo gruppo, il 90 % delle malate era facilmente eccitabile, ipersensibile, facilmente preoccupata, anormalmente timida e anormalmente attiva fisicamente, mentre tutto questo si verificava solo nel 35 % delle malate degli altri tre gruppi precedenti. L.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

G. BAZZIGALUPO. *Semeiologia medica, fisica e funzionale.* II edizione. Un vol. in-8° di 246 pagg. con 11 tav. e 246 figg. anche a colori, rilegato. Unione tipogr. ed. Torinese, 1939, L. 75.

L'importanza della semiologia è ovvia; il medico che negli anni di studentato si è bene impadronito di questa materia, ha la coscienza della sicurezza di rilevare bene i fatti morbosi, il che lo porta più agevolmente alla diagnosi ed alla cura.

Saldi fondamenti di questa branca si ottengono seguendo una guida precisa e sicura quale è quella fornitaci da questo buon manuale del compianto prof. Bazzigalupo. Chiaro e conciso, completo senza inutili prolissità; l'A. vi espone tutto quello che è necessario conoscere per trarre dall'esame del malato tutti gli elementi utili. Ogni capitolo è preceduto da brevi cenni di anatomia e fisiologia; i mezzi sussidiari, quali l'esame radiologico, sono descritti nelle linee fondamentali della loro tecnica e nei loro risultati per quel tanto che il medico deve sapere per bene apprezzarne l'utilità e valutarne i dati che forniscono. Con giusta ampiezza sono descritti gli esami di laboratorio, di cui gran parte può essere eseguita dal medico stesso. Di altre ricerche, quali l'elettrocardiografia, il metabolismo basale ecc. che vanno sempre più diffondendosi, si danno nozioni succinte, ma sufficienti per poter avvalersene e comprenderne la portata.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Con questa buona guida, lo studente affronterà con sicurezza lo studio della semeiologia ed il medico pratico potrà non solo rinfrescare la memoria di alcune nozioni, ma completarle ed aggiornarle nelle parti più essenziali.

fil.

Noeggerath. *Allgemeine und besondere urologische Diagnostik beim Jungkind.* Un vol. di pag. 32 Ed. G. Thieme, Lipsia, 1939, RM. 2.

L'A. espone anzitutto i segni clinici che richiamano l'attenzione del pediatra sull'apparato urinario e poi dei caratteri dell'orina.

In capitoli successivi espone la tecnica della radiografia dell'apparato urinario nel bambino e della preparazione del malato a questo scopo; analogamente descrive la metodica della pielografia discendente e infine la tecnica urologica in rapporto specialmente alla scelta dell'anestesia degli interventi, della indicazione e preparazione di questi interventi.

La monografia è utile ai pediatri in quanto mostra quanto si possa ottenere con l'indagine urologica e ai chirurghi e urologi perchè dà utili consigli di tecnica in rapporto ai piccoli pazienti.

Valdoni.

R. Università «Benito Mussolini». Bari. Istituto di Clinica medica e Terapia clinica. Lavori dell'anno 1937-38.

È questo il settimo anno che il prof. L. Ferrannini riunisce in un volume i lavori pubblicati dall'Istituto di Clinica medica da lui diretto. Il numero dei lavori (22) e la loro importanza dimostrano la notevole attività scientifica del Direttore e della sua Scuola, a cui sa infondere l'amore del lavoro e della ricerca. Egli stesso contribuisce a questa raccolta con 5 memorie; fra queste, troviamo la lezione di chiusura del corso del 1938 in cui, fra l'altro, denuncia l'ignobile sfruttamento dei medici da parte di molti, a cominciare dagli enti assicuratori di infortuni, enti che, per non pagare i medici, fanno appello al senso di civismo... riserbando le laute prebende per gli amministrativi. Altri lavori dello stesso prof. Ferrannini riguardano la terapia della febbre ondulante, le risorse climatico-terapeutiche della Sicilia, la medicina del lavoro, ecc.

Parecchi dei lavori della sua Scuola concernono le malattie cardiache: Azione della vitamina C sullo scompenso cardiaco (Stefanutti); Funzionalità gastrica nei cardiopazienti (Delia); Riconoscimento profilattico delle malattie di cuore nell'infanzia (L. Ferrannini); Calcemia e potassiemia nei cardiopatici sotto lo stimolo del sist. neuro-vegetativo (Spagnoletti). Altri hanno per argomento l'insulina ed il diabete: La glicemia nei diabetici dopo stimolazione del pancreas (Scrutinio); Azione dell'insulina sulla pressione art. dei diabetici (Greco); Curva glicemica da insulina dopo inibizione od eccitazione del sist. neuro-vegetativo (Milone). Altri studi riguardano il pancreas (Greco, Guarnieri, Grimaldi) ed argomenti vari fra cui anche un lavoro di fitoterapia (sono molto rari da noi) di A. Delia sull'azione ipoglicemizzante della salvia.

fil.

Proceedings of the XVth international physiological Congress. Un vol. in-8° di 639 pagg. con figg. State biolog. a. med. press. Moscow-Leningrad, 1938.

Nel 1935, si tenne a Mosca e Leningrad il XV Congresso internazionale di fisiologia a cui parteciparono anche parecchi scienziati italiani, di cui troviamo i nomi fra le relazioni (Condorelli, Foà, Polimanti, Valenti, ecc.).

Il presente volume, che è una puntata del « *Fisiologhiceskij jurnal* di Secenov, della URSS » contiene i resoconti di tale importante congresso, che si è aperto con l'allocuzione di Pavlov e con un'interessante conferenza di Cannonn sulla trasmissione chimica dell'impulso nervoso.

Oltre ai resoconti delle singole sezioni, troviamo qui le relazioni tenute nelle sedute plenarie, che prospettano varie questioni d'interesse generale, quali: « Le velocità di alcuni processi fisiologici » (J. Barcroft); « Il dolore ed i suoi effetti fisiologici » (L. A. Orbell); « La labilità fisiologica e l'atto di inibizione » (A. Ukthomsky), ecc.

Il volume contiene varie fotografie dei relatori e la biografia di Pavlov ed è edito con molta cura e ben corretto. Il testo è in francese, inglese, italiano o tedesco, a seconda delle lingue usate dai relatori.

fil.

Medici italiani poeti, scrittori, artisti. Un vol. in-8° di 99 pagg. Edito a cura dell'Ufficio stampa medica italiana, Milano. Prezzo L. 5.

Maraviglia e soddisfazione per la nostra classe ci procura questo libro per cui il prof. P. Piccinini ha scritto un'efficace prefazione e che contiene l'elenco dei vari gruppi della Ass. Med. Italiani Artisti. Chi s'immagina di trovare fra i colleghi tanti poeti, novellieri, storici, filosofi, pittori, scultori, musicisti ecc.?

Nelle scarse *horae subsecivae* che il lavoro e le preoccupazioni professionali ci concedono, tanti nostri colleghi non soltanto affinano la loro coltura generale, ma espandono in produzione di opere quella parte del proprio *io* che prorompe verso le serene regioni dell'arte.

Buona parte di questi medici sono ora riuniti nell'Associazione su menzionata a cui dovrebbero aderire tutti i simpatizzanti.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Congresso per la valorizzazione del patrimonio delle acque termali italiane.

(Roma, 22-23 aprile 1939).

Alla Mostra autarchica del minerale ha avuto luogo il Congresso nazionale per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano, con la partecipazione di oltre mille sanitari, provenienti da tutti i Sindacati provinciali d'Italia, che affollavano il vasto Salone dell'Autarchia.

L'inaugurazione.

Sono presenti Lantini, ministro delle Corporazioni, il presidente della Confederazione Fascista dei professionisti ed artisti, dottor Pavolini, l'ispettore del Partito, Natale Schiassi in rappresentanza del Partito stesso, il prof. Dante De Blasi dell'Accademia d'Italia e rappresentanti di enti vari.

Dopo il saluto al Duce, il Commissario ministeriale del Sindacato nazionale fascista dei medici, sen. Raffaele Bastianelli, illustra le ragioni e gli obiettivi della adunata. Le acque minerali costituiscono una grande ricchezza dell'Italia che occorre conoscere — e questo è sopratutto compito della scienza medica — e largamente utilizzare. L'azione che il Sindacato naz. fascista dei medici svolge, su le direttive che il Ministro delle Corporazioni ha dettate pochi mesi or sono, non potrà non raggiungere gli obiettivi desiderati, obiettivi che in questa fase iniziale dell'azione si concretano nella mobilitazione dei medici, volta alla più profonda conoscenza del problema idrominerale italiano, e nella collaborazione tra gli organi dello Stato, i medici e gli enti direttamente interessati, al fine di avviare verso i necessari più larghi sviluppi l'impiego delle acque idrominerali italiane.

Il prof. Petragnani, direttore generale della Sanità Pubblica, illustra quindi l'azione che in questo campo ha svolto il Ministero dell'Interno.

Il consigliere naz. Rebucci, presidente della Federazione fascista esercenti industrie idrotermali, esprime la convinzione che il Sindacato Nazionale fascista dei medici saprà raggiungere gli scopi voluti in questa azione alla quale l'industria idrotermale darà la più efficace e costruttiva collaborazione.

Lantini, ministro delle Corporazioni, pone poi in luce il contributo essenziale che i medici possono dare ai fini dell'autarchia, non soltanto nel campo idrominerale, ma anche in altri settori dove l'azione fascista è ormai impegnata con la massima decisione: e fra questi cita il settore dei prodotti farmaceutici.

Bruno Biagi, presidente dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, espone infine l'opera che l'Istituto stesso ha svolta onde mettere a disposizione dei lavoratori italiani, e sopratutto della gioventù italiana, i pregi salutari e insostituibili delle acque idrotermali.

I lavori.

Il prof. Cesare Frugoni, della Clinica medica di Roma, tratta del meccanismo d'azione e delle proprietà terapeutiche delle acque cloruro sodiche; il prof. Sabatini di Genova, delle acque solfato calciche, delle quali illustra ampiamente l'azione biologica e le applicazioni terapeutiche; il prof. Silvestri parla sulle acque oligo minerali e il prof. Casagrandi, dell'Università di Padova, del comportamento oligodinamico delle acque oligominerali acratoterme.

Il prof. Gasbarrini, clinico medico di Padova, tratta della particolare azione biologica e delle indicazioni e controindicazioni terapeutiche di alcune acque minerali; il prof. Piccinini tratta un tema collaterale all'argomento del Congresso: la coltivazione e il rimboschimento degli arenili; il prof. Lucherini, di Roma, espone gli studi eseguiti di recente circa nuove possibilità d'impiego terapeutico, per via parenterale, endovenosa, intramuscolare delle acque solfuree; il prof. Sangiorgi di Milano, dopo aver chiarito l'importanza sociale dell'asma bronchiale e dell'enfisema polmonare, espone i risultati di ricerche circa il trattamento idrominerale di questi stati patologici; il prof. Alfieri di Milano, parla dell'azione biologica e delle applicazioni terapeutiche delle acque salsobromoiodiche nel campo ginecologico ed il prof. Vercesi parla sul tema « Sterilità femminile e cure idrotermali », auspicando la creazione di colonie idrotermali femminili per la preparazione della giovane donna alla maternità numerosa e forte di cui l'Italia ha bisogno.

Il direttore generale del Turismo, Magrini, il quale, dopo aver comunicato ai partecipanti il saluto del Ministro della Cultura Popolare, tratta il tema: « Turismo e stazioni idrominerali italiane », proponendo infine un piano organico d'azione a favore delle nostre stazioni di cura.

Segue il prof. Bocchetti, che tratta il tema: « Campi termali e profilattici». Il prof. Jannoni illustra, poi, l'organizzazione assistenziale dell'Istituto della Previdenza Sociale nel campo della idrologia termale. Le attività idrominerali nei rapporti economici e nei rapporti sociali sono esaminate dal prof. Rebucci.

Il prof. Pancrazio pone in rilievo l'importanza delle cure termali nella bonifica della Razza. I lavori del Congresso si chiudono con la lettura delle relazioni dei proff. Vinaj e Botti.

Il Commissario ministeriale del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, senatore Raffaele Bastianelli, riassume, infine, l'importanza dei lavori che gli consentono di affermare con sicura coscienza che questo Raduno rappresenterà veramente un punto di partenza, una solida base per gli ulteriori, certissimi sviluppi di questa azione, la quale — nel quadro della politica autarchica del Regime Fascista — vuole dare il suo pieno valore ad una delle più grandi ricchezze del suolo della nostra Italia.

Il Congresso termina così i suoi lavori con il « Saluto al Duce », ordinato dal prof. Mancini, rappresentante del Partito Nazionale Fascista.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Infantilismo malarico.

La malaria è una malattia che lede diversi organi e diverse funzioni dell'organismo. Se il danno viene prodotto in giovane età ne possono derivare anomalie e arresti di sviluppo. Queste anomalie di sviluppo possono dipendere da un danno prodotto dalla malaria cronica sulla tiroide, oppure esse sono la conseguenza di tutto un complesso di alterazioni date dalla malaria: alterazioni del fegato e delle sue funzioni, alterazioni della milza e delle sue funzioni, principalmente di quella emolitica, alterazioni del ricambio e soprattutto di quello carboidrato, disturbi gastrointestinali. Un caso di infantilismo in una ragazza di 20 anni che aveva contratta l'infezione malarica alla età di 8 anni è descritto da K. Tschilow (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 24 febbraio 1939). A 20 anni lo sviluppo somigliava a quello di una bambina di 10-12 anni: vi erano segni di mixedema, mancavano del tutto i caratteri sessuali secondari, i genitali erano ipoplastici, il colorito pallido-giallastro, le mucose visibili, subitteriche. Notevole epatosplenomegalia, questi organi dolenti alla percussione. Globuli rossi molto diminuiti (1 1/2 milioni) emoglobina 12 %, valore globulare 0,22, anisocitosi, poichilocitosi, policromasia. Monociti varianti dal 2 % fino al 22 %, i valori più alti corrispondenti a crisi emolitiche dopo le quali la resistenza globulare si riscontra aumentata. Temperature subfebbrili. Non si trovano parassiti malarici nè nel sangue nè nel midollo. Nonostante tale reperto negativo, una intensa cura chininica ebbe per conseguenza una diminuzione considerevole del fegato e della milza. Successive iniezioni di preparati di ipofisi anteriore e ovarici determinarono un ulteriore sviluppo (aumento di peso di 8 kg., di statura di 1 cm.) e la comparsa dei caratteri sessuali secondari e delle mestruazioni.

P.

Azione terapeutica dell'M. e B. 693 nelle infezioni urinarie.

G. Melton (*The Lancet*, 15 aprile 1939) ha studiato l'azione del Cu sulfanilaminofilina in 71 casi di infezione urinaria (cistiti e pieliti). Egli ebbe 56 casi di guarigione e precisamente: 26 pieliti acute su 27, 5 pieliti croniche su 8, 12 pieliti in gravidanza su 15, 1 pielite puerperale su 2, 6 cistiti acute su 7 e 6 cistiti croniche su 12. Le guarigioni si verificarono in pochissimi giorni (da 3 a 10).

Il germe più frequentemente trovato in queste infezioni croniche è stato il b. coli, che ha risposto benissimo alla cura, come pure hanno risposto bene i casi con b. Pyocianeus e con Staphyloc. Albus; invece le infezioni con streptoc. faecalis furono resistenti al trattamento e reagirono in modo vario le infezioni da B. proteus.

Le dosi furono in molti di 3 gr. al giorno; ma buoni risultati si hanno anche con dosi minori (gr. 1,50-2). Dose complessiva: da 3 a 45 gr. Nel maggior numero dei casi bastarono 10-20 gr.

I disturbi provocati dal farmaco furono nausee e vomito, osservati in 12 casi. Questi disturbi si attenuano colla somministrazione di bicarbonato di sodio. Durante la somministrazione fu anche notata leucopenia (ma solo in tre casi al di sotto di 4000), mentre non si ebbero alterazioni a carico delle emazie.

Il farmaco eliminato per le urine oscillò fra 46 e 190 mg. per cc. e provocò in qualche caso aumento del pH urinario.

Secondo l'A. non c'è differenza di risultati fra il M. e B. 693 e la sulfanilamide.

A. Beck ha completato le osservazioni dell'A. con ricerche batteriologiche e precisamente seminò b. coli in urine contenenti in varia concentrazione M. e B. 693 e in altre contenenti sulfanilamide. Le culture erano esaminate dopo 24 ore d'incubazione.

La sulfanilamide agisce in dipendenza della reazione alcalina delle urine, come già avevano osservato Helmholtz e Osterberg, mentre l'M. e B. 693 agisce ugualmente tanto sulle urine acide che su quelle alcaline. Anche il potere battericida dell'M. e B. 693 è stato superiore a quello della sulfanilamide.

L.

Polmonite pneumococcica tipo III. Azione dell'M. e B. 693.

La mortalità per polmonite da pneumococco tipo III è più alta che per gli altri tipi e oscilla dal 50 al 60 % negli adulti e dal 70-80 % nei vecchi. L'efficacia in questi casi della sieroterapia ha dato risultati incoraggianti solo a pochi autori, per cui si considera la sieroterapia come inefficace in questo tipo di polmonite.

G. Alsted (*The Lancet*, 15 aprile 1939) curò con M. e B. 693 (2 p. amino benzenesulfonamido) piridina 8 casi di polmonite lobare (da pneumococco tipo III) e 2 casi di broncopolmonite confluente. Nei casi di polmonite si ebbe subito caduta della temperatura con rialzo al 3° e al 4° giorno e nuova caduta della temperatura dopo uso del medicamento (ad eccezione di un caso in cui l'apiressia fu spontanea) e in tutti e 6 i casi guarigione. Probabilmente la piressia secondaria si può evitare colla somministrazione continua di M. B. 693. Gli altri due casi (uno di broncopolmonite in diabetico e uno di broncopolmonite in bronchitico cronico) ebbero esito in morte.

L.

La sulfanilamide nella tubercolosi.

H. Faniel, R. Coutois, A. Jeurissen e F. Dwelshauvers (*Bruxelles méd.*, 9 aprile 1939), incoraggiati dai buoni risultati che si otten-

gono con la sulfanilamide in certe affezioni microbiche, ne hanno tentato l'applicazione in pazienti con tubercolosi, somministrandola per via orale, endomuscolare ed endovenosa; consigliano di non oltrepassare per quest'ultima via la dose giornaliera di 2 cmc.

In generale, il medicamento è stato ben tollerato; in qualche caso, il trattamento è stato interrotto per la comparsa di albumina nelle urine. Non si è, però, osservata nessuna modificazione apprezzabile dei sintomi; il solo vantaggio è stata la diminuzione dell'espettorato, con modificazioni del suo aspetto.

Tale azione non è stata nemmeno costante. Comunque, essa riduce l'effetto del rimedio ai soli germi associati, mentre esso risulta nullo sui bacilli tubercolari. *fil.*

La guarigione delle caverne.

Negli ultimi anni è stato richiamato maggiormente l'interesse dei medici sulle caverne tubercolari per la diffusione della terapia che cerca attivamente di chiudere queste cavità. Gli studi fatti sull'argomento hanno dimostrato che si svolgono i medesimi processi sia che la guarigione avvenga spontaneamente sia che essa si produca per collassoterapia.

Il Läennec aveva già indicato che la guarigione delle caverne poteva avvenire o con formazione di una fistola o per una cicatrizzazione completa.

La guarigione di una caverna può anche avvenire per calcificazione. Un caso fu osservato da W. Paget e F. A. H. Simmonds (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, marzo 1939), i quali fanno seguire a questo caso la descrizione di altri tre. Lo studio istologico (che ha completato quello clinico e radiologico) dei casi studiati fa concludere che la guarigione delle caverne avviene o per formazione di un tessuto epiteliale che si forma dopo che le lesioni tubercolari sono guarite e sostituite da tessuto di granulazione e fibroso, o per avvicinamento delle pareti con formazione di un tratto fistoloso o di uno strato di tessuto fibroso (se la chiusura è completa) o per riempimento della cavità con materiale caseoso in cui progressivamente si forma la calcificazione. L.

Le appendiciti acute. Loro trattamento post-operatorio con i mezzi fisiologici, particolarmente con il siero anticolibacillare del prof. Vincent.

La terapia dell'appendicite acuta, dicono M. Larget e J. P. Lamare (*Bull. de l'Acad. Méd.*, 21 marzo 1939) è strettamente chirurgica: la terapia biologica deve essere attuata solo dopo l'atto operatorio. Tra i mezzi biologici il vaccino può essere usato solo quando l'organismo non ha esaurito tutte le sue riserve ed ha ancora capacità di reazione. Invece il siero, non richiedendo alcuna collaborazione dell'organismo, va usato nei casi gravi in cui le resistenze dell'organismo sono al termine.

Riguardo al siero da usare (poichè la sieroterapia deve essere specifica) è necessario conoscere il germe e specialmente stabilire se si tratta dell'enterococco o del colibacillo. Non potendosi attendere il risultato della cultura bisogna basarsi sui caratteri del pus che è di odore fecaloide, butirroso quando è in causa il colibacillo: questo poi determina placche bruno-verdastre sull'appendice, un aspetto nerastro della mucosa e un colorito nero del liquido extra appendicolare.

L'uso del siero permette, dopo che l'organismo ha ricuperato capacità reattiva, anche l'uso del vaccino. Usufruendo di tale terapia biologica gli AA. hanno potuto salvare 78 malati su 89 affetti da appendiciti tossiche, con peritoniti diffuse gravi. F. TOSTI.

Il trattamento dell'intolleranza gastrica nella tifoide.

Nel corso della febbre tifoide, l'intolleranza gastrica che si manifesta con i vomiti rappresenta una delle più temibili complicazioni, in quanto che impedisce l'alimentazione ed anche l'idratazione, ostacolando così la riparazione delle lesioni. Qualche volta, tale intolleranza riguarda soltanto alcune bevande, ma di solito è generale ed assoluta.

La terapia di questi casi è diretta a tre scopi essenziali: idratare, clorurare e, se è possibile, nutrire il malato sufficientemente e per un certo periodo.

In un grave caso del genere, R. Roch (*Paris médical*, 8 aprile 1939) ha introdotto dei liquidi, sia per via endorettale, come per quella sottocutanea ed endovenosa; complessivamente, in un mese circa, litri 17,3, di cui 5 litri di soluzione salina glucosata per via endovenosa: sono state fatte inoltre 6 trasfusioni, che si sono dimostrate particolarmente efficaci nel favorire la diuresi. Il malato è guarito bene. *fil.*

SEMEIOTICA

Il segno della clavicola.

Secondo Higonmenakis l'ingrossamento dell'estremità sternale di una clavicola è segno di sifilide congenita. Questa deformazione è un'iperostosi esito di osteite, che trova la sua spiegazione in 3 fattori: anatomico (il centro secondario di ossificazione sternale compare tardivamente, fra i 18 e i 25 anni), biologico (la predilezione della spirochaeta pallida per il tessuto connettivo) e meccanico (lo sforzo continuo di un arto, secondo che si tratti di un destro o di un mancino).

Egli trovò presente questo segno nell'85 % dei 197 casi esaminati. Stokes invece lo trovò presente alla Clinica Mayo solo nel 4 % dei casi di sifilide ereditaria e nel 7,5 % dei casi di sifilide acquisita.

E. Cumingham Dax e R. M. Stewart (*The British Med. Journ.*, 15 aprile 1939) esamina-

rono 64 casi di sifilide congenita e trovarono 19 volte il segno della clavicola (29,7 %). Essi classificarono le alterazioni clavicolari in cinque tipi: 1) un ingrossamento generalizzato dell'estremità sternale; 2) un'esostosi che parte dall'estremità interna dell'osso; 3) una ruvidezza del 3° interno o del 3° medio; 4) un ispessimento della superficie superiore del 3° esterno o del 3° medio; 5) un tubercolo al punto di origine del capo clavicolare del muscolo sterno-cleido-mastoideo.

Essi non trovarono un rapporto fra il lato della lesione e l'arto più adoperato dal malato; anzi trovarono sempre lesione, sia pure lieve anche del lato opposto.

Esami di controllo fatti su 1200 non sifilitici diedero agli AA. presente il segno della clavicola in 65 (5,4 %). L.

MEDICINA COLONIALE

Contributo allo studio nosografico dell'Impero.

A. Casu (*Annali d'Igiene*, febbraio 1939) esamina le cause di morte tra gli operai in A.O.I. dal 1935 al 1938, rilevando subito la mancanza di diffusione epidemica di quelle malattie così comuni a manifestarsi e così dannose tra bianchi facenti parte di corpi di spedizione in territori africani.

La malaria ha dato una mortalità media del 0.89 ‰; sicuramente le tutele profilattiche e le opere di piccola bonifica intorno ai villaggi dei bianchi diminuiranno ancora tale cifra. Tra le altre malattie si sono rivelate frequenti le affezioni acute polmonari e bronco-polmonari; bassa la mortalità per tifo e paratifo, per dermotifo e vaiolo. Il colpo di calore è divenuto sempre più raro e dai 104 casi del 1935 si è passati ai 2 casi del 1° semestre 1938.

In conclusione l'andamento della mortalità nei primi 31 mesi dalla fondazione dell'Impero ci dimostra che l'A. O. I. è largamente favorevole alla migrazione di lavoratori connazionali, i quali potranno fissarsi permanentemente su quasi tutto il territorio, ambientandovisi e costituendo nuclei di colonizzazione demografica solidi e prosperi.

F. TOSTI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Potassio e calcio del siero nella shock-terapia insulinica.

Nello shock ipoglicemico Beiglböck e Hussik hanno trovato una caduta del contenuto in potassio del siero e invariato o lievemente aumentato il calcio con diminuzione del rapporto K/Ca. Poichè l'opposto si verifica nello shock anafilattico, lo shock insulinico sarebbe l'opposto di quello anafilattico. Vespi ottenne gli stessi risultati sul dosaggio del potassio e del calcio del siero; per lui l'aumento di potassio agisce come stimolo parasimpatico, mentre l'aumento del calcio agisce come stimolo del simpatico.

Accornero e Bini trovarono che dopo un certo numero di shock, il potassio raggiunge cifre superiori alle normali e lo stesso si verifica in quasi tutti i periodi di coma, ad eccezione di alcuni in cui diminuisce.

J. L. Clegg (*The Lancet*, 15 aprile 1939) fece 20 osservazioni sul potassio e 17 sul calcio. Trovò che il potassio a ritroso oscilla, ma sempre al disopra del livello normale, mentre durante il coma tende a scendere al disotto del livello dello stato precomatoso e che il calcio a riposo soltanto raramente devia dal normale (e sempre al di sopra) e che tende a non modificarsi durante il coma. Durante il coma il rapporto K/Ca tende a diminuire.

L.

VARIA

Il fisiologo.... Negrin.

Come Negrin, Professore di fisiologia dell'Università di Madrid, si sia deciso ad abbandonare il suo laboratorio e le sue ricerche ed a capeggiare i rossi bolscevichi di Spagna, in combutta con i comunisti e con gli anarchici accorsi da altre nazioni, non è facile il concepire. Certo si è che egli è stato, per molti mesi, a capo dei governanti massacratori di donne, vecchi, fanciulli, sacerdoti, suore, distruttori di monumenti d'inestimabile valore e rapinatori di tesori artistici da Musei, da Chiese e da private collezioni.

È provato che egli, più degli altri, è personalmente responsabile, di fronte alla classe medica del mondo intero, dell'assassinio di centinaia e centinaia di medici, caduti vittime di efferati e crudeli delitti, la cui elencazione comincia ad essere fatta dalla stampa medica spagnuola, risorta tra le rovine, e che presto sarà completa, ad esaltazione della memoria dei morti e ad esecrazione degli assassini.

Con l'aspettata ed immancabile vittoria di Franco, a cui hanno tanto largamente contribuito i legionari d'Italia, il prof. Negrin avrebbe dovuto sentire il dovere di assumere tutte le responsibilità o di sopprimersi...; invece egli è scappato e, se le notizie sono esatte, si gode la vita nella movimentata capitale della Repubblica francese.

(*La Settimana Medica*, 16 marzo 1939).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Raduno Sindacale Nazionale.

Al termine dei lavori del Congresso idrominerale, i Segretari e i componenti i Direttori dei Sindacati provinciali e i medici convenuti a Roma per l'occasione, si sono adunati il 23 aprile nel Teatro delle Arti della Confederazione fascista dei professionisti e artisti (via Sicilia 57). Furono presentate le tre relazioni seguenti:

Prof. Federigo Bocchetti: « I compiti culturali del Sindacato medico »; prof. Franz Pagliani: « Il funzionamento del sindacato provinciale nelle sue attività periferiche e nel collegamento con il Sindacato nazionale »; prof. Adelchi Salotti: « L'assistenza mutualistica nei suoi aspetti tecnici e morali ».

Seguì un'ampia discussione.

Il presidente della Confederazione, dott. Pavolini, ha poi esposto alcune considerazioni sui temi trattati ed ha rivolto al sen. Bastianelli il suo ringraziamento e l'elogio della Confederazione per l'opera compiuta.

Il sen. Bastianelli ha riassunto la discussione, riaffermando l'intendimento di tutta la categoria di portare il massimo contributo alla politica sociale del Duce, intesa ad accorciare le distanze e ad andare decisamente verso il popolo.

Alla Camera del Fascio e delle Corporazioni.

La Commissione legislativa degli affari interni ha tenuto la sua prima riunione sotto la presidenza del Presidente Tringali Casanova.

Sul disegno di legge: « Obbligatorietà della vaccinazione antidifterica » parla il relatore A. Fioretti che illustra ampiamente il provvedimento. Intervengono alla discussione i Consiglieri E. Morelli, Nicolato, Gennaiuoli, Leva Steiner. Ad analoghe osservazioni il relatore Fioretti afferma che l'esperimento è già stato fatto in Italia su larga scala e ha provato la immunità attiva che viene conquistata mediante la vaccinazione antidifterica. È da un decennio che dura questo esperimento, e la pratica è stata buona. Buffarini-Guidi rileva che « bisogna avere del coraggio in questa materia se no si resta indietro ».

Sul disegno di legge: « Istituzione di una tessera sanitaria per le persone addette ai servizi domestici » riferisce il relatore Nicolato. Si svolge un'ampia discussione alla quale partecipano oltre il Sottosegretario Buffarini-Guidi, i Consiglieri E. Morelli, Labadessa, Donella, Ippolito, Andriani.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ALESSANDRIA D'EGITTO. — Il concorso al posto di Primario Ostetrico Ginecologo nell'*Ospedale Italiano Benito Mussolini*, avvisato nei precedenti fascicoli 16 e 17, è soltanto per titoli, non già per titoli ed esami. Scadenza 15 luglio 1939.

NARNI (Terni). L'*Ospedale Civile* di Narni assumerebbe subito interinalmente, in attesa di regolare concorso, Aiuto già pratico servizio chirurgico ospedaliero. Inviare domanda e Curriculum all'Amministrazione dell'Ospedale Civile, Narni (Terni).

PAVIA. *Amministraz. Provinc.* — Medico primario presso l'Ospedale psichiatr. provinc. in Voghera; titoli scientifici e pratici; stip. L. 11.000 e 5 aumenti del decimo, serv. att. L. 2600, alloggio per famiglia. Durante il biennio di prova il compenso è diminuito di un decimo. Scad. ore 17 del 15 giugno. Chiedere copia del bando.

RR. Prefetture.

Proroga della presentazione dei documenti per i concorsi sanitari.

In esecuzione delle disposizioni impartite dal Ministero dell'Interno, Direzione generale di sanità pubblica, si avverte che il termine per la presentazione delle istanze per l'ammissione ai concorsi sanitari condotti indetti a suo tempo dalle RR. Prefetture, è stato prorogato a tutto il 20 agosto p. v.

In conseguenza di ciò gli interessati dovranno presentare, entro il termine predetto, le domande corredate dai prescritti documenti.

Sono indetti i seguenti concorsi:

A) per condotte mediche nelle province di:
Milano, 23 posti; scad. 20 agosto, ore 12;
Pistoia, 5 posti; scad. 20 agosto;

B) Novara, per medico addetto all'ufficio di assistenza sanitaria del comune; L. 16.000 aumentabili; scad. 20 agosto.
Enna, coadiutore; scad. 31 maggio, ore 18;
Pistoia, coadiutore; scad. 31 maggio, ore 18.

Per i bandi di concorso, schiarimenti ed altre informazioni rivolgersi alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Tra i nuovi senatori nominati dal Re Imperatore, su proposta del Duce, è il prof. Teodoro Morisani, nato a Napoli nel 1874; laureatosi in medicina e chirurgia, si dedicò all'ostetricia e ginecologia sotto la guida del padre, illustre titolare della cattedra relativa nell'Università di Napoli; libero docente e studioso, dopo vari anni di attività professionale, si dette alla vita politica. Deputato per tre legislature, preside della provincia di Napoli, cultore di problemi agrari e zootecnici.

Il prof. Francesco Domenico Rezzesi, incaricato di patologia generale all'Università di Cagliari, è risultato secondo al concorso per la cattedra di patologia generale e microbiologia dell'Università di Losanna, cattedra già illustrata dal nostro connazionale prof. Bruno Valerio, uscente per limiti d'età. Al primo posto sono risultati *ex aequo* il dott. Hauduroy, francese, e il dott. Grasset, svizzero, microbiologi assai reputati. I concorrenti erano numerosi ed appartenevano a varie nazioni.

Fra i premi delle varie Fondazioni di studio istituite presso l'Università di Modena, conferiti nell'anno corrente sono: il premio « Riccardo Luzzatto » al dott. Mannozzo Torini Mannozzi, assi-

stente nell'Istituto di patologia generale, per un gruppo di lavori riferentisi a studi sui tripanosomi; il premio « Giuseppe Sperino » al dott. Giulio Pangrazi, aiuto nell'Istituto di anatomia umana normale, per il lavoro « Sopra i rapporti fra muscoli, vasi e nervi della regione anteriore del gomito ».

Il Rettorato della provincia di Roma ha proceduto alla nomina del nuovo direttore dell'ospedale provinciale S. M. della Pietà per le malattie mentali in persona del comm. prof. Francesco Bonfiglio, primo classificato. Ce ne compiacciamo con l'illustre psichiatra.

Il prof. Rosario Scalabrino è riuscito primo *ex aequo* nel concorso al posto di primario medico nell'Ospedale *Fatebenefratelli-Fatebenesorelle* in Milano. Ha assunta la direzione della Divisione II. Rallegramenti cordiali.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e Convegni.

Secondo la delibera dell'Assemblea generale al Congresso di Genova, la Soc. Italiana di Pediatria d'ora innanzi indirà i propri Congressi ogni anno, esclusi gli anni nei quali si svolgeranno i Congressi internazionali di Pediatria; inoltre la sede sarà alternativamente Roma ed un'altra città del Regno da designarsi volta per volta.

I temi di relazione per il XVII Congresso che si terrà a Roma nel settembre 1939 sono:

1) « Sindromi eritroblastiche nell'infanzia », direttore di relazione: prof. Auricchio;

2) « L'allevamento dell'immaturo », direttore di relazione: prof. Nasso;

3) « La cura delle meningiti acute nell'infanzia », direttore di relazione: prof. Fornara.

I temi di relazione per il XVIII Congresso che si terrà a Pisa nel 1941 sono:

1) « Fattori meteorologici e ambientali nella malattia di Heine-Medin », direttore di relazione: prof. Fiore;

2) « Etiopatogenesi, profilassi e terapia della malattia di Heine-Medin », direttore di relazione: prof. Trambusti.

Il Direttorio ha deliberato di invitare — ad ogni congresso — qualche cultore di scienze affini a svolgere conferenze di aggiornamento.

Quanto sopra è da considerarsi come deliberazione da sottoporre ancora alla autorizzazione di S. E. il Capo del Governo.

Il V Congresso internazionale di Pediatria si svolgerà durante l'anno 1940 negli Stati Uniti d'America.

Il 4 giugno p. v. si terrà a Torino nell'Aula della R. Clinica Medica il IV Raduno della Società Italiana di Gastroenterologia. Saranno discussi i seguenti temi:

Prof. C. Gamna: « Le localizzazioni intestinali del linfogranuloma maligno »;

Prof. A. Midasi: « Le localizzazioni ano-rettocoliche della malattia di Nicolas Favre ».

Tutti i soci regolarmente iscritti alla Società ed i cultori della specialità gastroenterologica sono vivamente pregati di intervenire. Oltre alla discussione degli argomenti messi all'o. d. g. possono essere discussi anche altri argomenti inerenti alla specialità compatibilmente con il tempo disponibile tenendo conto che il raduno ha la durata di un giorno.

Per informazioni e per l'invio di eventuali comunicazioni rivolgersi a: A. Bonadies, via Crescenzio 19, Roma; A. Allodi, Corso Re Umberto 5, Torino.

Il 1° Congresso internazionale di biologia applicata all'educazione fisica ed agli sport si terrà in Bruxelles, dal 9 al 12 luglio. Questo congresso coinciderà con la riunione dell'Associazione internazionale medico-sportiva. È organizzato dalla Società medica belga d'educazione fisica e di sport e sarà destinato allo studio della fisiologia e della dietetica dell'allenamento. Presidente onorario: prof. E. Spehl. Segreteria: avenue Paul Janson 96, Aderlecht, Belgio.

La 1ª Conferenza panamericana di aviazione sanitaria si è adunata in Montevideo il 2 e il 3 feb-

braio. Ne è dato un resoconto in « Bol. de la Oficina San. Panam. », apr. 1939.

Corso di addestramento per ufficiali sanitari.

Il Ministero dell'Interno, Direzione Generale della Sanità Pubblica, ha nel corrente anno organizzato due corsi di addestramento per ufficiali sanitari in servizio, quali titolari presso i vari Comuni del Regno; e ciò per metterli in condizione di aggiornare e perfezionare la loro cultura e preparazione tecnica.

Uno di questi corsi, che sono semestrali, è tenuto presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma, diretto dall'accademico De Blasi.

Il Direttore generale della Sanità Pubblica, Petragnani, ha inaugurato il corso, illustrando ampiamente in una dotta lezione, agli 80 ufficiali sanitari presenti, i nuovi principî informativi della legislazione sanitaria italiana.

Conferenze ed esercitazioni pratiche di radiologia cranica.

Dal 24 al 28 luglio verrà tenuta una serie di conferenze, con dimostrazioni ed esercizi pratici di craniologia Röntgen, ad Anversa, nell'Istituto di Medicina Tropicale.

Le conferenze e gli esercizi pratici verteranno sulla tecnica, sull'interpretazione radiografica e sulla radioclinica. Tra gl'insegnanti sarà il prof. Mario Bertolotti, dell'Università di Napoli.

Sarà organizzata un'esposizione di radiogrammi.

Tassa di iscrizione per le conferenze del mattino 300 franchi belgi. Per le conferenze e le esercitazioni pratiche 1000 franchi belgi.

Per quanto concerne le esercitazioni pratiche, il numero dei partecipanti è limitato a venti e le iscrizioni devono pervenire non più tardi del 1° giugno.

Conto corrente postale n. 106982 del dott. R. Thienpont, ad Anversa (Belgio).

Per informazioni rivolgersi al dott. Thienpont, 30 avenue Rubens, Anvers (Belgio).

Nuova cattedra di idrologia medica.

In aggiunta ai posti di ruolo nella Facoltà di medicina e chirurgia di Roma ve ne sarà uno di idrologia medica, al finanziamento del quale si provvede con la convenzione stipulata il 15 febbraio u. s. tra la R. Università e le RR. Aziende di Montecatini e Salsomaggiore e le Società Fiuggi e Farmaceutici d'Italia, come da R. Decreto pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 6 aprile 1939-XVII.

Distintivi d'onore a medici.

Il Duce ha distribuito nella ricorrenza del Natale di Roma il distintivo di onore a una rappresentanza di operai grandi invalidi del lavoro residenti a Roma e a 13 professionisti di tutta Italia. Si ricorderà che questo distintivo d'onore venne istituito nel marzo dell'anno XVI per attestare con un segno tangibile la riconoscenza del Paese a quanti, per il lavoro, hanno riportato gravi mutilazioni.

Tra i 13 professionisti sono il dott. Aldo Gazzarini, radiologo di Venezia, il dott. Attilio Mostacci, medico di Genova, il dott. Giuseppe Sculco, medico di Viareggio.

Completano l'elenco un medico veterinario, quattro chimici, tre ingegneri, un ragioniere e un geometra.

L'elenco ha un grande valore morale in quanto indica come tutte le categorie siano, come sempre, accomunate dal Regime, nella valorizzazione del lavoro.

Infortuni stradali in Italia.

Durante l'anno 1938, in Italia, per infortuni stradali si sono avuti 2490 morti e 35.880 feriti, contro 2708 morti e 40.375 feriti nel 1937, 2320 morti e 31.354 feriti nel 1936, 3360 morti e 45.369 feriti nel 1935. I morti ed i feriti in seguito ad infortuni stradali avvenuti nella « zona urbana » di alcune fra le grandi città italiane nell'anno 1938 (fra parentesi le cifre corrispondenti dell'anno 1937) sono stati: morti: Roma 67 (84), Napoli 38 (33), Torino 38 (44), Genova 36 (36), Milano 41 (55), Firenze 27 (33), Palermo 9 (18); feriti: Roma 4952 (4805), Napoli 1688 (1902), Torino 1280 (1462), Genova 1339 (1664), Milano 4314 (3524), Firenze 1352 (1170), Palermo 639 (794).

Una conferenza del prof. Das Gupta.

Il prof. Das Gupta, dell'Università di Calcutta, ha tenuto in Roma, il 28 aprile, una conferenza sotto gli auspici del Centro per lo studio della medicina indigena, asiatica e africana all'Istituto italiano per il Medio ed Estremo Oriente, sul tema « Indian medicine ». Il numeroso pubblico accorso, nel quale era una larga rappresentanza del mondo medico della capitale, ha vivamente applaudito il conferenziere.

Aeroambulanze in Argentina.

Il governo della Repubblica Argentina, per il trasporto di feriti e infermi dalle più lontane regioni del Paese nei centri che hanno efficienti servizi medico-chirurgici, ha ordinato tre aeroplani-ambulanze, dotati di una sala operatoria e dello spazio per tutte le occorrenze inerenti. Ogni apparecchio avrà una velocità oraria di 225 km. e trasporterà, oltre al personale di bordo, un medico, un infermiere ed una infermiera. Come è noto, anche l'Australia, la Svezia, la Russia ecc., si valgono di aeroambulanze pel trasporto di pazienti dalle zone dove non esistono ospedali e spesso non si trovano medici.

Per Domenico Barduzzi e Edoardo Maragliano.

Il 21 maggio a cura di un Comitato nazionale, presieduto dal sen. Maragliano, sarà inaugurata in Siena, sulla casa dove morì, una lapide a Domenico Barduzzi, che insegnò a lungo la clinica medica in quell'Ateneo e che fu il rinnovatore della idrologia e climatologia, nonchè ripristinatore degli studi di storia della medicina in Italia. Successivamente, inaugurandosi una targa nella R. Accademia dei Fisiocritici, di cui il Barduzzi fu presidente, il sen. Maragliano dirà l'elogio del Maestro.

Ricorrendo in quei giorni poi il 90° genetliaco del sommo clinico genovese Edoardo Maragliano, il Comitato ha deciso di celebrarlo in quel pomeriggio in Siena. La manifestazione, con offerta di omaggi e di una pubblicazione, avrà luogo nelle ore pomeridiane nel salone del Mappamondo del Civico Palazzo Senese, con un discorso del vicepresidente prof. Cesare Frugoni, clinico medico di Roma.

Un po' dovunque.

Si è inaugurata la Scuola medica clinico-ospedaliera di Roma, con un discorso pronunziato dal sen. prof. Pende; hanno anche parlato il preside della Facoltà medica, prof. Perez, il commissario nazionale del sindacato medici, sen. Bastianelli, e il presidente degli Ospedali di Roma, gr. uff. Solmi.

Si è istituita ad Atene la cattedra d'idroterapia e di climatologia medica, affidata al prof. E. A. Phocas, « aggregato » di patologia medica.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale comunica che esso ed il Ministero Affari esteri sono favorevoli alla partecipazione di Università e personalità italiane a fare proposte per i premi Nobel: ma il Ministero E. N. e la R. Accademia d'Italia esamineranno la possibilità di successo di tali designazioni di Italiani; le relative segnalazioni devono essere tempestivamente inviate dalle Università al Ministero stesso.

Un Istituto Pasteur verrà fondato nel Camerun, a Yaoundé; sarà diretto dal dott. Leigret.

La Principessa di Piemonte ha visitato in Genova la Scuola per infermiere di Santa Caterina.

Il Consiglio dei Ministri adunatosi il 29 aprile ha approvato un disegno di legge per l'assegnazione straordinaria di 5 milioni di lire a favore della R. Università di Genova, per la costruzione delle nuove sedi delle cliniche chirurgica ed ostetrico-ginecologica.

Indetta dal presidente della Confederazione fascista dei lavoratori dell'agricoltura, ha avuto luogo in Roma una riunione in ci si è concretato, tra l'altro, un piano organico e completo di tutela igienico-sanitaria e anti-infortunistica dei lavoratori che parteciperanno alla prossima mietitura.

Il prof. Gerolamo Lo Cascio, direttore della R. Clinica oculistica di Napoli, ha organizzato un corso di lezioni sul tracoma per i medici, giusta la convenzione col Ministero dell'Interno.

« La Presse Médicale » del 26 aprile reca una biografia del prof. Agostino Gemelli, redatta dal dott. Martiny.

Con l'abituale solennità si è svolta il 25 marzo, nell'Ospedale Maggiore di Milano, la biennale « Festa del Perdono ». Una relazione del presidente, gr. uff. Della Porta, ha rilevato il gettito continuo della beneficenza e la grandiosa attività dell'ospedale, che nel biennio ha curato — compresa la succursale di Cernuso — 91.221 malati, con 2.237.814 giornate di presenza.

Si è svolto a Salsomaggiore il congresso nazionale delle ostetriche, chiusosi il 30 aprile, con la distribuzione dei diplomi di benemerenza alle ostetriche che si sono segnalate per atti di altruismo.

L'Associazione norvegese delle compagnie « d'assicurazione sulla vita » ha assegnato una sovvenzione di 24.000 corone alla Croce Rossa norvegese, affinchè questa provveda a ristampare un opuscolo, da essa edito, sulla tutela della salute e a diffonderlo largamente; 150.000 copie saranno distribuite nelle scuole.

È morto di psittacosi un guardiano dello Zoo di Copenaghen; la malattia è stata contratta nel custodire i pappagalli; l'accertamento è stato fatto nell'Istituto Koch di Berlino.

A Kristianshad (Svezia) una ragazza ventenne, recatasi da un dentista per l'estrazione di due denti, è morta sotto narcosi. Un'inchiesta ha accertato che la dose del narcotico era normale e che la paziente era ipersensibile perchè aveva abusato di stupefacenti.

In un ospedale di Parigi il dott. Pietro Breton è stato gravemente ferito, a colpi di rivoltella, da un'infermiera squilibrata, Yvonne Thieffin; un proiettile colpì leggermente anche il dott. Enrico Burgin, mentre questi disarmava la donna.

In un quartiere popolare di Budapest si sono prodotti una sessantina di avvelenamenti, di cui 25 gravi, prevalentemente in bambini; sono stati determinati da consumo di cioccolata avariata, venduta da una mendicante che se ne riforniva tra i residui di una fabbrica. La fabbrica è stata denunziata per incuria.

Nell'Ospedale di Wiborg (Finlandia) sono avvenuti 19 gravi avvelenamenti, di cui 6 mortali, attribuiti ad un errore da parte di una giovane infermiera, che ha scambiato sublimato corrosivo e novocaina.

Nella chiesa cattolica di Karslunde (Danimarca) 200 fedeli sono stati colti da intossicazione attribuita a difettoso funzionamento di un nuovo termosifone, messo in attività la prima volta per riscaldare la chiesa e da cui si sarebbe sviluppato ossido di carbonio.

FERRUCCIO PISTONI

Il 28 marzo spirava a Tripoli, in seguito a malattia contratta nell'adempimento della sua nobile missione, assistito amorevolmente dai suoi colleghi e dai famigliari che, per tanti giorni, avevano trepidato per la sua sorte al capezzale.

Laureatosi giovanissimo aveva abbracciato con entusiasmo e con fede di apostolo la carriera di medico coloniale, coltivando con profondo amore lo studio della microbiologia.

Destinato al Laboratorio Micrografico, prima di Asmara e successivamente di Addis Abeba, si dedicò con tutta la passione dei suoi giovani anni allo studio dei grandi problemi epidemiologici dell'Impero, allo studio dell'endemia malarica ed allo studio del tifo petecchiale. In questo campo eseguì delle interessantissime ricerche che stanno a dimostrare quanto Egli fosse preparato nella carriera che, con vera vocazione, aveva abbracciato e quanto vivo fosse in Lui il desiderio di arricchire la sua cultura, e di progredire.

Tornato nel Regno in licenza, dopo tre anni di ininterrotto lavoro, domandò ed ottenne di recarsi a Parigi all'Istituto Pasteur per perfezionamento. Al ritorno domandò ancora di essere destinato in Libia, a Tripoli, allo scopo di proseguire i suoi studi sul tifo petecchiale, promettendosi sopratutto di approfondire la sua cultura sul problema della vaccinazione antidermotifica, che di tanto interesse era per la profilassi dei territori dell'Impero.

Il suo desiderio di recarsi al Marocco presso l'Istituto Pasteur di Casablanca per perfezionarsi

presso il Dr. Blanc sulla tecnica della vaccinazione antidermotifica col vaccino vivente murino, non potette essere esaudito data la situazione internazionale, ed Egli ne fu profondamente afflitto.

Giunto in Tripoli iniziò il suo lavoro con entusiasmo, con fede, con vera passione di scienziato e non passava settimana che Egli, non mi scrivesse, che non mi raccontasse, con quella gioia che è tutta dei giovani ricercatori, i risultati dei suoi interessanti studi, il programma che si prometteva svolgere, le sue speranze, i suoi timori.

Ai primi segni della infermità il suo intuito clinico lo portò subito all'esatta diagnosi, alla esatta gravità del suo male, ma, generoso come era di animo e di sentire, non volle far trasparire nulla ai suoi famigliari e sopratutto alla sua giovane consorte che da pochi mesi aveva legato a Lui la sua esistenza.

Così Egli è morto eroicamente, stoicamente, colle armi in pugno di fronte un nemico tanto più temibile quanto invisibile ed in agguato.

E' morto tra il compianto di tutti quelli che lo conobbero, buono, generoso, instancabile lavoratore; che lo ebbero compagno di lavoro, di tutti i suoi colleghi che sono fieri ed orgogliosi di Lui.

Si è spento serenamente immolandosi alla Patria, come si immolarono già i suoi compianti compagni Del Favero, ed altri non pochi, colpiti dalla stessa inerosabile sorte, colpiti dallo stesso implacabile morbo, mentre erano al capezzale degli infermi, mentre si prodigavano per disporre le misure profilattiche intese a limitarne la diffusione.

Può la classe medica italiana e sopratutto il Corpo Sanitario Coloniale, essere fiero ed orgoglioso dei suoi medici, che accorsi numerosi nelle terre dell'Impero ad offrire con entusiasmo e fede la loro opera, e non certo per ambizione, nè per desiderio di onori, nè per avidità di guadagno, hanno combattuto strenuamente di fronte al nemico invisibile e sono caduti da eroi sul campo dell'onore, come caddero i fratelli con le armi in pugno e col nome sublime della Patria sulle labbra spiranti l'ultimo respiro.

Dr. Alcibiade Andruzzi
Generale Medico della Regia Marina
Ispett. Gen. Capo di Sanità Colon.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Arch. Mal. App. Digestif, ecc., nov. — S. Okada e T. Doi. Trattam. dell'ulcera gastro-duod. — B. P. Kouchelevsky e E. I. Milutine. Trattam. della stitich. cron.

S. Afr. Med. Journ., 26 nov. — A. Soeiro e A. Rebelo. Le recenti ricerche sulla malaria.

Rif. Med., 26 nov. — A .Chiasserini. Interventi nelle surrenali nella tromboangioite obliterante degli arti.

Chirur. Med. Journ., nov. — C. Huein-lan. Puntura sternale. — P. C. Kwan. « Malattia flittenulare ».

Ann. de Méd., dic. — Lévy-Bruhl. Pasteucrellosi umane. — P. Seringe. Prova di Rehberg.

Nutrition, 3. Morfologia e nutrizione.

Arch. Intern. Med., dic. — N. Rosenthal e al. Policitomia — R. H. Mayor. Guanidinemia nell'ipertens. arter.

Giorn. di Med. Mil., dic. — M. Mazzeo. Febbre gialla.

Deut. Med. Woch., 16 dic. — Schemensky e al. Le coliche. — V. Hassencamp. Terapia dell'ipertensione genuina.

Paris Méd., 17 dic. — Ginecologia.

Med. Klinik, 16 dic. H. Friedrich. Gangrena degli arti dopo iniez. endoarteriose.

Lancet, 17 dic. — J. P. Lockhart-Mummery. Risultati remoti delle diverticoliti. — E. Cawthome e al. Sindrome di Ménière.

Med. Klinik, 6 genn. — E. Philipp. Rapporti tra gravid. e malattie scl. — Güttich. La morte improvvisa dei nuotatori.

Deut. Med. Woch., 13 genn. Beuthin. Miomi nella menopausa. — Plenze e Schultz. Reperti necroscopici e psicologia clinica.

Presse Méd., 14 genn. — F. Pedrazzini. Commozione cerebro-spinale.

Brit. Med. Journ., 14 genn. — A. G. Troup e al. La psittacosi nel giardino zoolog. di Londra. — M. Moore White. Trattam. della sterilità.

Med. Klinik, 13 genn. — W. Heupke e al. Diagn. differ. e trattam. della ischialgia e della lombalgia. — F. Jaeger. Traumi da sport. invernali.

Practitioner, genn. — Affezioni cutanee. — J. G. Rees. Paura. — C. Hope Carlton. Primi soccorsi nelle incursioni aeree.

Indice alfabetico per materie.

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 15 Maggio 1939 - XVII — Num. 20

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO
Direttore: Prof. CARLO BESTA.

Rare complicazioni nervose della difterite. (1)

Dott. VIRGINIO PORTA, aiuto e lib. doc.

Le paralisi post-difteriche costituiscono ancora un campo fecondo di osservazione clinica, come provano i due casi che intendo comunicare.

Il primo riguarda un ragazzo di 11 anni, senza precedenti degni di nota, il quale un anno prima della malattia che qui ci interessa era stato colpito da un'angina necrotica, curata per precauzione con siero antidifterico (s. a. dealbuminato, 5000 U. I., 15 cc. in due iniezioni endomuscolari), e guarita in breve tempo. Esattamente 12 mesi dopo, nuovo episodio tonsillitico, con tre giorni di febbre non oltre i 38°, guarito rapidamente senza sieroterapia. Circa 10 giorni dopo l'inizio della febbre, cominciò a presentare disturbi della fonazione (voce nasale), della deglutizione (rigurgito nasale dei liquidi), paresi dell'accomodazione (faticabilità visiva, disturbi della lettura), non diplopia. Questi sintomi fecero nuovamente e legittimamente pensare all'infezione difterica, così che venne prontamente attuata una nuova sieroterapia specifica (s. a. anallergico di bue, complessive 9000 U. I. pari a 45 cc. di siero intramuscolare, in 4 giorni). Pochi giorni dopo la sieroterapia si accorse di non poter muovere il braccio destro con la consueta validità: soprattutto i movimenti del moncone della spalla e del braccio erano gravemente compromessi, mentre quelli del carpo e delle dita si mantennero normali. Alcuni giorni dopo (18 dall'inizio della febbre) si manifestarono una nuova serie di disturbi; parestesie agli arti inferiori, pronunciata astenia generalizzata, atassia evidente. Il cammino benchè incerto è sempre stato possibile, ma stentati i movimenti del collo e del tronco. Già prima di questo nuovo episodio i disturbi della fonazione, deglutizione e accomodazione si erano andati lentamente attenuando.

(1) Comunicazione fatta al Raduno oto-neuro-oftalmologico dell'Alta Italia, Pavia, 7 dicembre 1938-XVII.

Ricoverato in Clinica tre mesi dopo l'inizio della malattia febbrile, persistevano i residui della triplice lesione del sistema nervoso.

1) dal punto di vista dei nervi cranici insufficenza del VII destro, ugola deviata a sinistra, arco palatino destro abbassato, atonico e poco mobile; voce nasale, notevole ipocinesia e ipotrofia dello sternocleidomastoideo destro;

2) la monoplegia brachiale di tipo superiore è in via di riparazione, i movimenti sono ricomparsi, ma ancora ipocinetici e limitati, la muscolatura dell spalla e del braccio è modicamente ipotonica e ipotrofica; all'esame elettrico del sopra e sottospinoso, deltoide, bicipite, tricipite, lungo supinatore, aumento della soglia faradica e galvanica senza variazioni qualitative della contrazione;

3) come residui del terzo episodio persistono: atassia statica e dinamica, più netta ad occhi chiusi, dismetria nelle prove di indicazione e di arresto; spiccata ipocinesia della muscolatura dorsale del collo e del tronco; disturbi evidenti della sensibilità profonda agli arti inferiori, in minor grado ai superiori, con integrità della stereognosi; abolizione completa dei riflessi profondi, con integrità dei superficiali, senza segni piramidali nè disturbi sfinterici;

4) le condizioni liquorali sono state sistematicamente seguite nei tre mesi di degenza, durante i quali la sintomatologia è quasi completamente regredita. Alla prima rachicentesi il liquor era iperteso, xantocromico, aumentate le globuline e proteine totali (0,46 al Nissl) positive le reazioni colloidali (di tipo tabetico il mastice, di tipo paralitico il benzoino), leggera pleiocitosi (10 cellule per mmc.). Dopo altri tre mesi, durante i quali vennero eseguite numerose rachicentesi, anche a scopo terapeutico, il liquor era quasi tornato alla norma, esistendo solo ipertensione e un lieve aumento (0,18) dell'albumina.

Il caso in questione si presta a parecchi rilievi interessanti, sopratutto per la modalità e la successione dei disturbi nervosi.

Il primo episodio, esclusivamente a carico dei nervi cranici, compare a 10 giorni di distanza dall'affezione tonsillare; il terzo è pure caratteristico, per l'inizio più tardivo, per la diffusione generalizzata, per il prevalere dei disturbi a carico della sensibilità profonda. Si tratta evidentemente delle due varietà più frequenti di paralisi post-difteriche, e l'associazione delle due nello stesso ammalato è tutt'altro che rara, come risulta dalla ricca casistica di questa malattia. La localizzazione e la modalità di comparsa dei disturbi presentati dal piccolo paziente, sono così caratteristiche da deporre seriamente in favore della natura specifica della pur benigna tonsillite sofferta pochi giorni prima, e da giustificare quindi pienamente l'adozione della terapia antitossica.

Difficilmente inquadrabile nelle comuni sindromi post-difteriche è invece la monoplegia brachiale comparsa come episodio a sè stante, per contro in più stretto rapporto cronologico con la sieroterapia istituita dopo il primo episodio. Contro la genesi puramente difterica della monoplegia brachiale sta il carattere eccezionale di questa localizzazione, che finora non mi risulta descritta. Viceversa proprio la localizzazione è caratteristica di un'altra forma morbosa, le paralisi post sieroterapiche, delle quali è nota la quasi elettività nell'aggredire le radici superiori del plesso brachiale, specialmente la quinta e la sesta cervicale.

***

Recenti contributi italiani (Licen 1932, Di Molfetta 1936, Zalla 1937, Flescher 1938) hanno fatto conoscere fra noi questa interessante sindrome neurologica, la quale, come ha dimostrato Zalla, suscita importanti problemi patogenetici, medico-legali e deontologici, oltre che clinici. Gli studi degli AA. citati mi dispensano dal prendere in esame tutti i lati della questione, che considererò brevemente solo dal punto di vista della sintomatologia e patogenesi.

Si tratta anzitutto di una condizione rara, perchè ne sono noti un'ottantina di casi; però la circostanza che la grande maggioranza è stata osservata in Francia, e negli altri paesi (Germania, Inghilterra, Italia, Stati Uniti), solo con ritardo di anni, ma con ritmo crescente, fa presumere che una volta fermata l'attenzione del pubblico medico sul problema, la frequenza di queste forme andrà progressivamente, anche se apparentemente, aumentando.

La massima parte dei casi è stata osservata dopo sieroterapia antitetanica; solo 13 casi (Mignot 1936) dopo iniezioni antidifteriche, qualcuno dopo sieroterapia scarlattinosa, antistreptococcica, antigangrenosa, ecc., e perfino dopo iniezione di semplice siero di cavallo (Kraus e Chaney). Non pare quindi sia da incolpare la qualità del siero o lo speciale neurotropismo del virus contro il quale è preparato. L'età preferita dalle paralisi è di gran lunga l'adulta, e questa circostanza basta, a spiegare perchè mai la sieroterapia antitetanica sia più pericolosa dell'antidifterica, così come ovvie condizioni contingenti spiegano la maggior frequenza nel sesso maschile.

La dose e la modalità di introduzione del siero non sembrano avere importanza di sorta; assai spesso la paralisi si manifesta come episodio in un quadro più o meno conclamato di malattia da siero, ma non sono eccezionali anche i casi in cui essa si presenta iso-

lata, senza altre manifestazioni allergiche, cutanee o viscerali. La paralisi compare da 4-5 giorni fino ad alcune settimane dopo l'iniezione di siero. Il periodo di invasione è caratterizzato spesso, ma non sempre, oltre che dagli eventuali sintomi di malattia da siero, da intensi dolori muscolari o articolari, dapprima generalizzati, ma che poi tendono a localizzarsi nell'arto colpito. Non è ancora certo se i dolori siano da riferire piuttosto alla malattia da siero in sè che alla lesione nervosa; certo è che possono presentarsi, anche in assenza di paralisi, e d'altra parte nel caso qui riferito mancarono tanto i dolori quanto le manifestazioni allergiche, e ciò nonostante che il paziente fosse sensibilizzato verso il siero, avendo fatto un anno prima altre iniezioni antidifteriche curative (si noti però che la prima cura antidifterica venne fatta con siero dealbuminato e la seconda con siero anallergico). Del resto risulta dagli altri casi della letteratura che la paralisi può colpire indifferentemente i soggetti già sensibilizzati al siero e i non sensibilizzati.

La localizzazione della paralisi è nella grande maggioranza dei casi assolutamente tipica, secondo la descrizione fattane dagli Autori francesi (Lhermitte, Thomas, Roger, ecc.). Si tratta di brachioplegie superiori, interessanti sopratutto le radici quinta e sesta cervicale, ma non massivamente, cioè con risparmio di qualche muscolo o di qualche fascio muscolare. Sopratutto colpiti sono il deltoide, il sopra- e sottospinoso, più raramente il gran dentato, abbastanza spesso i muscoli del braccio. Molto meno frequenti sono le paralisi nel territorio del mediano o del radiale. Il disturbo motorio, di varia intensità, si instaura rapidamente, raggiungendo presto l'acme, si accompagna presto con atrofia intensa, relativamente sproporzionata alla paralisi, più lenta di questa a regredire. Le alterazioni dell'eccitabilità elettrica sono di regola più estese del disturbo motorio, ma raramente arrivano alla reazione degenerativa totale. Spesso la brachioplegia è completa all'inizio, per limitarsi dopo pochi giorni al moncone della spalla, e quasi sempre tende presto a regredire, ma la regressione procede poi lentamente. Talora coesistono alterazioni simpatiche e del riflesso pilomotore. I disturbi della sensibilità obbiettiva sono rari, leggeri e per lo più limitati al territorio cutaneo del circonflesso. Il comportamento dei riflessi profondi agli arti superiori è variabile secondo la localizzazione e l'estensione dei disturbi, ma generalmente rispettati, tranne lo scapolare e il coracoideo. Alterazioni liquorali sono presenti abbastanza spesso, ma talora mancano. La cefalea che spesso accompagna le altre manifestazioni allergiche, è quasi sempre legata ad un aumento della pressione liquorale.

Tra le forme rare o eccezionali, alcune delle quali del resto assai discutibili, vanno considerate quelle a localizzazione atipica (per esempio entrambi gli arti superiori, nervo radiale o muscolocutaneo, arti inferiori, nervi cranici) e quelle generalizzate, variamente interpretate come polinevriti (recentemente Boudouresques ne ha raccolti dalla letteratura 11 casi) o poliomieliti o nevrassiti, talora in forma di paralisi ascendente anche mortale, oppure senza tendenza alla regressione; descritte pure forme prevalentemente sensitive, con l'aspetto dell'atassia acuta o pseudotabe. Particolarmente interessanti, in rapporto al caso descritto in questa nota, i malati di Chavagny, Thillaux e Thieffry, di Sauvet, e di Pommé, Coumel e Lacroix, in cui la paralisi postdifterica si associò con quella post-sieroterapica. Questa può precedere l'altra, come nel caso di Chavagny, o esserne preceduta, come nel mio.

Invece non è accettabile l'interpretazione di paralisi post-sieroterapica data da Weill-Hallé e Levy a un loro caso di nevrite del pneumogastrico dopo siero antidifterico: è ben più probabile che i disturbi vagali, con manifestazioni cardio-vascolari, dipendessero da una vera e propria localizzazione cardiaca della tossina tetanica, della quale è nota la predilezione per tale sede.

La patogenesi delle paralisi post-sieroterapiche è particolarmente interessante. Ricordiamo che in qualche caso sono state constatate alterazioni liquorali: iperalbuminosi e ipercitosi, per lo più di tenue intensità (Verger, Aubertin e Delmas, Licen). È da notare a questo proposito che modificazioni liquorali vennero riscontrate da De Lavergne e Abel in ogni caso di malattia da siero, anche senza manifestazioni neurologiche apparenti. Tali modificazioni consistono in ipertensione, iperglicorachia, pleiocitosi senza aumento delle proteine, e sono quindi tali da spiegare la cefalea e la nausea caratteristiche della sindrome; e infatti questi disturbi vengono migliorati dalla rachicentesi.

Tali reperti sono tanto più importanti in quanto concordano con quelli istopatologici nel definire la patogenesi delle paralisi post-sieroterapiche. Sono noti due casi venuti a morte: in uno Roger, Poursines e Recordier trovarono idrocefalo acuto con sfiancamento dei ventricoli cerebrali, intensa congestione arteriolo-capillare, edema perivascolare, pic-

cole emorragie diffuse nelle meningi molli e nella sostanza nervosa cerebrale e midollare. Qui i fatti reattivi di natura gliare erano molto scarsi, anche nelle zone del parenchima ove erano abbozzati dei focolai microgliocitari secondari ai disturbi circolatori; invece a carico delle meningi erano importanti anche i focolai infiltrativi con reazione fibroblastica. Questo processo meningo-mielitico è particolarmente intenso a livello delle radici nervose, e rende così conto del quadro clinico. Si trattava di un contadino che dopo essere guarito di un tetano in atto di una certa gravità mediante intensa sieroterapia specifica (1650 cc. in 20 giorni), dopo tre settimane dalla sospensione del siero presentò i primi sintomi di una paraplegia rapidamente ascendente, con rapida amiotrofia ma senza disturbi sensitivi, seguita da interessamento dei nervi cranici, grave stato confusionale e morte dopo 20 giorni. Il liquor era normale dal punto di vista chimico e cellulare, ma fortemente ipertesso. Nell'altro caso, clinicamente analogo, di Winkelmann e Gotten, esisteva lo stesso processo di meningomielite e meningoencefalite congestizia e sclerosante, a base di una paralisi sensomotoria ascendente, complicatasi con papilla da stasi e sintomi di encefalite, e comparsa dopo una sieroterapia antitetanica.

Nel complesso, aveva ben ragione Sicard supponendo che le paralisi post-sieroterapiche fossero provocate da fenomeni congestizi meningei, radicolari, funicolari ed eventualmente tronculari.

Anche Roger e collab., e più recentemente Kraus e Chaney, respingono l'eventuale potere neurotossico del virus per insistere sull'importanza di fenomeni circolatori e trasudativi, caratteristici di ogni localizzazione cutanea o viscerale della malattia da siero.

Il disturbo vascolare si ripercuote sul tessuto nervoso impedendone transitoriamente la funzione, con una lesione il più spesso reversibile, ma che prolungandosi può diventare definitiva, per la morte delle cellule e fibre nervose. Lo stesso disturbo vascolare, ripercuotendosi sulle meningi, può provocare l'ipersecrezione del liquor, mentre processi edematosi, agendo sulle guaine perinervose e radicolari, ostacolandone la circolazione, provocandovi congestione e piccole rotture delle pareti capillari da stasi, possono produrre sindromi radicolari e tronculari.

***

Così rischiarata la natura del secondo episodio neurologico del nostro piccolo difterico, potrebbero nascere incertezze sull'interpretazione del terzo gruppo di sintomi, quello a insorgenza più tardiva, con i caratteri di generalizzazione polinevritica di tipo pseudotabetico, o meglio atassico acuto. Abbiamo già visto che si tratta di complicazione frequente della difterite, indipendente da ogni sieroterapia; ma d'altra parte anche le paralisi postsieroterapiche possono, sia pure eccezionalmente, rivestire i medesimi caratteri di polinevrite atassica. Una troppo sottile discussione diagnostica non ci porterebbe però alcun vantaggio; basti accennare alla possibilità di un duplice meccanismo di produzione della sindrome atassica acuta. In favore della genesi puramente post-difterica stanno la molto maggiore frequenza e tipicità della sindrome, e il tipo delle alterazioni liquorali riscontrate, caratteristiche per la relativamente prevalente iperalbuminosi, con pleiocitosi scarsa e a rapida scomparsa nelle rachicentesi successive, mentre nelle forme allergiche alterazioni liquorali mancano o consistono solo in una modicissima reazione cellulare.

La questione delle alterazioni liquorali nelle paralisi postdifteriche ha un grandissimo interesse anche teorico e patogenetico, oltre che diagnostico e terapeutico. I primi dati risalgono al periodo prebellico; fin dal 1909, infatti, Roehmeld aveva descritto in un caso iperalbuminosi con scarsa pleiocitosi; subito dopo Feer, e più tardi Chauffard e Lecomte confermarono il reperto, che in seguito è diventato assai comune, anche se non assolutamente uniforme. Il caso più frequente è quello dell'aumento dell'albumina piuttosto intenso, con relazione cellulare scarsa e a rapida regressione, mentre l'iperalbuminosi si mantiene a lungo, pur attenuandosi, fino alla scomparsa degli ultimi segni neurologici (Ravaut e Kolunitsky, Oppenheim e Hallez, Ravaut e Reniac, Lortat-Jacob e Hallez, Legendre e Cornil, Nicaud, Mazeron, Hagueneau, Fornara); un po' meno frequente è il reperto di dissociazione albumino-citologica vera (Lortat-Jacob e Hallez, Ducamp e Carrieu, Mazeron, Auban, De Lavergne, Kapetis, Merklen Weiss e De Gennes, Hallez, Spolverini, Fornara); eccezionali i casi con sola pleiocitosi (Babonneix). Aumento costante del potere riducente del liquor è stato riscontrato da De Lavergne, Marfan, Fornara, Taccone e dell'urea da Benhamou Camatte e Cogny. Curve colloidali di tipo meningitico vennero riscontrate da Kostyàl, di tipo luetico da Regan e Wilson. Di fronte a reperti positivi così frequenti, lasciano molto perplessi quelli negativi, quali quelli recenti di Bettinardi.

Insieme con i reperti liquorali, hanno con-

tribuito alla revisione della patogenesi delle « polinevriti » post-difteriche i reperti anatomici. Fin dal 1918 Walter fu il primo a dimostrare, in un caso di paralisi post-difterica con dissociazione albumino-citologica del liquor, focolai di infiltrazione parvicellulare diffusi nelle meningi spinali, e particolarmente intensi intorno alle radici nervose. Dopo le conferme di Stahl, questi reperti permettono di dubitare fortemente della concezione classica delle paralisi post-difteriche, secondo la quale si tratterebbe di polinevritidi tossiche; pare oggi molto più rispondente al vero considerarle come dipendenti da processi di meningoradicolite a varia localizzazione, ora intorno alle radici dei nervi cranici, specialmente dei più declivi, cioè degli ultimi, ora di quelle spinali, con una spiccata predilezione per le posteriori, donde la frequenza della sindrome d'atassia acuta post-difterica. I dati clinici, liquorali ed istopatologici trovano tutti conferma in questa concezione.

Non è il caso di addentrarsi nella questione del tipo e del meccanismo di queste meningoradicoliti. L'ipotesi più attendibile è che si tratti di un processo flogistico prodotto dalle tossine difteriche, giunte per via linfatica o diffuse per contiguità dalle regioni colpite dal processo infettivo. Ma bisogna tener presente anche la possibilità che le paralisi post-difteriche, almeno in certi casi particolarmente benigni, possano avere un meccanismo paragonabile a quello ammesso per le paralisi post-sieroterapiche, che si esplici cioè prevalentemente attraverso modificazioni circolatorie e della permeabilità dei vasi meningei e radicolari: congestione attiva e passiva, edema, trasudazione di proteine plasmatiche, piccoli focolai emorragici potrebbero render conto tanto dei fenomeni più o meno transitori di inibizione funzionale delle radici nervose, quanto delle alterazioni liquorali.

La questione è importante anche per la parentela delle paralisi post-difteriche con altre forme di meningoradicoliti, talora differenti, ma spesso assolutamente simili, per i caratteri sintomatologici clinici e liquorali, alle post-difteriche. Oltre alla forma a etiologia ignota, con dissociazione albumino-citologica e a tendenza benigna, che nei paesi di lingua francese va sotto il nome di sindrome di Guillain e Barré, ve ne sono molte altre a etiologia nota, e secondarie a infezioni da virus filtrabili, o da germi piogeni. Questo capitolo di patologia è tanto ricco di casistica quanto confuso per il persistere di vecchi concetti patogenetici, che le ricerche degli ultimi tempi vanno dimostrando sempre più superati. Basti dire che perfino i più recenti trattati anche della specialità neurologica continuano a considerare tutte queste forme morbose come polinevriti. Invece anche in tutte queste forme, come per le paralisi post-difteriche, è stato dimostrato che le alterazioni liquorali sono quasi costanti, e spesso, se non sempre, proprio nel senso di una dissociazione albumino-citologica; anche qui le ricerche anatomiche hanno messo in evidenza la tendenza della malattia a localizzarsi sul tratto radicolare e sulle meningi che inguaiano le radici spinali, senza escludere che il processo possa diffondersi tanto verso la periferia quanto, forse più raramente, verso i centri, non solo spinali, ma anche del tronco encefalico. Così che viene a mancare una demarcazione netta fra queste malattie e le nevrassiti infettive, ad andamento più o meno epidemico, che si sono rese tanto frequenti negli ultimi tempi.

Noi non vediamo la necessità di distinguere troppo rigorosamente le meningoradicoliti a eziologia ignota da quelle post-infettive; tanto più che spesso la mancanza di una causa nota è solo in funzione della nostra incapacità attuale di metterla in evidenza. Basti pensare che perfino nelle forme difteriche l'eziologia può sfuggire, prima di tutto perchè la paralisi colpisce talora semplici portatori di bacilli di Loeffler (Gerson, Gönig, Chautriot, citati da Wexberg), secondariamente perchè le manifestazioni tonsillitiche possono essere del tutto anodine, e d'altra parte al momento delle successive manifestazioni neurologiche il germe può essere scomparso dal faringe.

Il concetto che le paralisi post-difteriche siano caratteristiche delle forme ipertossiche o curate con dosi insufficenti di siero va dunque abbandonato. Se è vero, come osservarono vecchi pediatri e confermano i giovani (Mya, Bocchini) che le difteriti maligne non sieroterapizzate nei primi giorni presentano tutte paralisi più o meno gravi, ciò non esclude che le paralisi possano pure comparire dopo forme larvate o fruste di difterite, anche se intensamente curate.

In molti casi è solo la concomitanza con riaccensioni epidemiche della difterite, oppure la tipicità delle manifestazioni tardive, che richiama l'attenzione su questa possibile etiologia.

***

Anche in un caso comunicato da Besta nel 1925, la paralisi a carattere prevalentemente atassico era sopravvenuta qualche tempo dopo

una faringite, nella quale solo un criterio prudenziale aveva consigliato l'uso di siero specifico, mentre la successiva comparsa di paralisi del velopendolo e di disturbi dell'accomodazione giustificarono in seguito il sospetto diagnostico. Tra le forme della particolare sindrome meningea descritta da Besta in quella occasione, e consistente in ipertensione liquorale con xantocromia e dissociazione albumino-citologica, oltre a quelle di aspetto radicolitico, a localizzazione ora prevalentemente posteriore, tipo atassia acuta, ora prevalentemente motorie, ora miste, ne esistevano altre caratterizzate dalla rapida insorgenza di disturbi cerebrali, tanto imponenti da giustificare il sospetto di tumor cerebri, con grandi sintomi ipertensivi e segni di localizzazione cerebrale o cerebellare o del tronco encefalico. Il secondo caso che intendo riferire in questa nota dimostra precisamente la possibilità che in seguito ad infezione difterica, sia pure di per sè estremamente benigna, possano insorgere sindromi neurologiche caratterizzate contemporaneamente, oltre che dalle accennate alterazioni liquorali, dalla presenza di disturbi di tipo radicolitico e altri da localizzazione encefalica.

Si tratta di un uomo di 43 anni, abitulmente soggetto a facili faringiti, il quale nel marzo scorso ammalò con febbre alta e dolori di gola sostenuti da una tonsillite con placche biancastre. Poichè infieriva nel paese nel quale abitava una piccola epidemia di difterite, venne curato con siero antidifterico, del quale gli si iniettarono 30 cc. Scomparsa la febbre in pochi giorni, presentò la seguente sequela di disturbi: dapprima vertigine, cefalea e vomito, poi, 5 giorni dopo cessata l'ipertermia, disturbi della loquela: voce nasale e alquanto afona; paralisi del VII di sinistra, con intensa deformazione dei tratti del viso, che però si attenuò nello spazio di poche ore; parestesie agli arti inferiori, che diminuirono di intensità nei giorni seguenti; diplopia e astenopia accomodativa, disfagia con fuoriuscita dei liquidi dal naso. Dopo 15 giorni tutti questi disturbi erano notevolmente diminuiti, ad eccezione della cefalea e dei disturbi della fonazione; questi però persistevano in grado tale da indurlo al ricovero in Clinica.

Obbiettivamente si trattava di un soggetto di costituzione normale, leggermente adiposo, e lievemente iperteso (P.A. 160/110) il quale all'esame neurologico presentava ancora lesioni a carico dei nervi cranici: insufficenza del VII sin. e del IX, X, XII destri. Inoltre esisteva una leggera ma netta sindrome cerebellare, con inclinazione statica del tronco verso il lato destro, leggera atassia di tipo cerebellare nel cammino, dissinergia dei movimenti volontari nelle prove di indicazione, ipermetria e rimbalzo nelle prove di arresto brusco, pendolarità dei riflessi rotulei, leggera ipotonia degli arti, prevalente a quelli di sinistra, lieve tremore delle dita a mani protese. Nella prova di Baranij la direzione era conservata, ma il movimento oscillante e dismetrico. Netto rimbalzo a destra nella prova di Gordon-Holmes.

Alla rachicentesi pressione iniziale 45 in decubito seduto, prova di Queckenstedt negativa, prova di Stockey positiva Liquor limpido, leggermente xantocronico; Nonne Apelt: ++; Pandy + Weichbrodt ±; albumina 0,22 per mille al Nissl; mastice: negativo; benzoino 0003333333000; 6 elementi bianchi per mmc. Negative le reazioni per la sifilide.

Tre giorni dopo la rachicentesi il paziente presentò per la prima volta un leggero accesso epilettico di tipo jaksoniano con contrazioni cloniche dell'arto superiore destro e stiramento verso destra della commessura labiale, senza perdita di coscienza nè disturbi di ordine afasico. Essendosi gli stessi attacchi ripetuti con i medesimi caratteri nei giorni successivi, si procede all'encefalografia. L'aria iniettata per via lombare non passa nei ventricoli cerebrali, osservandosi sulla radiografia laterale che l'aria arriva nella cisterna ponto-cerebellare, senza salire nel sistema ventricolare nè negli spazi subaracnoidei cerebrali.

Eseguita la puntura ventricolare con insufflazione d'aria, questa inietta bilateralmente tanto i ventricoli laterali quanto i solchi subaracnoidei. Il ventricolo laterale destro si presenta sollevato verso l'alto nel suo tratto posteriore, invece in corrispondenza dell'estremo anteriore, lateralmente al ventricolo, si rileva una formazione cistica ovalare, della grossezza di un uovo, con livello liquido inferiore. Non è dimostrabile alcuna comunicazione fra tale cavità cistica e il ventricolo laterale.

Riassumendo, in questo caso l'infezione difterica aveva prodotto, oltre ai disturbi dei nervi cranici (VII di un lato, sindrome di Collé-Sicard dall'altro), e alle fugaci parestesie degli arti con dissociazione albumino-citologica del liquor, segni evidenti di ipertensione intracranica e disturbi cerebellari. Prescindendo dalla cisti porencefalica scoperta si può dire per caso, e probabilmente di vecchia data, possiamo ammettere in questo malato la coesistenza di un processo meningo-radicolare bulbare e midollare e di una compromissione del tronco encefalico, con alterazioni della circolazione liquorale, svelate dalla prova di Queckenstedt negativa e dalla mancata ascesa dell'aria iniettata per via lombare, oltre che dalle alterazioni della composizione chimica del liquor.

L'associazione di questi tre ordini di sintomi: meningoradicolari, ipertensione e modificazioni chimiche del liquor, segni di localizzazione cerebellare o nel tronco encefalico, non è da ritenersi del tutto eccezionale, per quanto non mi risulta sia stata finora descritta nella difterite. Recentemente ebbi occasione di visitare un collega pediatra il quale, dopo aver presentato una forma abbastanza grave di difterite faringea, complicatasi poco dopo la guarigione del fatto infettivo con dei

gravissimi disturbi miocardici, appena attenuatesi questi ultimi, a distanza di circa 3 settimane dall'inizio della malattia, aveva presentato paralisi del velo palatino, disturbi paretico-atassici di estrema gravità dei 4 arti; in questo ammalato l'atassia degli arti, e sopratutto dei superiori, presentava un inequivocabile carattere cerebellare.

La possibilità di una compartecipazione dei centri nervosi del tronco encefalico nelle meningoradicoliti primitive è stata segnalata da van Bogaert in una recente edipemia belga come fenomeno tutt'altro che costante, ma neppure rarissimo. D'altra parte, la forma cerebrale, o a tipo pseudotumor cerebri della particolare sindrome meningea descritta da Besta fin dal 1925, ha ricevuto in seguito la conferma di parecchie altre osservazioni, come quelle di Alajouanine, Mollaret e Gopcevitch (1930), Guillain e Rouqués (1933), Vercelli (1934).

Si tratta di malattie primitive o seguenti a comuni malattie infettive di poco conto (febbri influenzali, tonsilliti, ecc.), caratterizzate dalla rapida insorgenza di disturbi da ipertensione intracranica, con o senza segni di localizzazione cerebellare o a carico del tronco encefalico, più raramente corticale; dalla presenza di liquor iperteso e con dissociazione albumino-citologica, spesso anche xantocromico, e finalmente dalla rapida tendenza alla regressione dei sintomi clinici e liquorali, favoriti dalle ripetute rachicentesi.

***

Possiamo quindi ammettere che in alcuni casi la meningo-radicolite possa avere una patogenesi puramente vasomotoria, congestizia e essudativa, con un minimo di fenomeni flogistici. Alcune osservazioni mielografiche, (Grünwald, Porta) il reperto anatomico di un interessantissimo caso di Balduzzi, la presenza di alterazioni del liquor cisternale anche in forme basse di meningoradicoliti (Taylor e Mac Donald, Porta) sono in favore di questa concezione. Questa poi può essere ammessa senza sforzo anche per le forme a etiologia nota e sopratutto per le forme più lievi delle paralisi post-difteriche. La difterite potrebbe anzi essere citata come l'esempio tipico di tossinfezione capace di dare con le sue tossine lesioni in un primo tempo trasudative e congestizie a carico delle radici spinali e delle relative guaine meningee, in secondo tempo, in rapporto col grado di virulenza del germe e con le particolari condizioni di reattività dell'ospite, alterazioni flogistiche vere e proprie e fenomeni degenerativi gravi ed irrimediabili a carico delle fibre nervose. Come fenomeni collaterali si verificano alterazioni della circolazione liquorale, con le note conseguenze meccaniche e chimiche, entrambe di grande valore diagnostico, patogenetico e terapeutico, dato che tutto porta a far credere che la sottrazione sistematica di liquor eserciti in tutte queste forme una notevole azione curativa.

Finalmente non si può escludere che in casi rari possano venire direttamente interessate dal processo tossinfettivo anche le formazioni nervose centrali in forma di vere e proprie nevrassiti.

Meningiti difteriche sono eccezionali, se ne conoscono solo 4 casi sicuri (cfr. Carlson e Morgan), e pochi altri sospetti di infezione mista. Da notare che da parecchie parti (Bonhoff, Leede, Sommerfeld e Reye, cit. da Schrank) si riferisce che in un quintò circa dei casi di difterite venuti all'autopsia, il liquor diede alla cultura presenza di bacillo di Loeffler, anche quando in vita erano totalmente assenti segni neurologici: ma è probabile che si debba trattare in questi casi di migrazione post-mortale dei bacilli.

Se le meningiti difteriche sono eccezionali, anche più lo sono le nevrassiti; per le quali non pare del resto necessario doversi ammettere che l'infezione debba essere prima meningea e poi nervosa.

In un caso di Schrank di encefalite bulbare strettamente localizzata, di origine difterica, questo A. non si sente di decidere fra l'infezione ascendente per via nervosa, lungo i tronchi dei nervi glossofaringeo e vago, e la metastasi ematogena.

In un caso di Roger, Prevòt e Cremieux si trattava di una bimba di 3 anni, affetta da angina banale, seguita da disfagia e disartria, paralisi della lingua, bacillo di Loeffler positivo in faringe; dopo pochi giorni tetraplegia spastica con segni piramidali, morte rapida dopo un apparente miglioramento. Gli AA. pensano a una encefalite da virus filtrabile, alla quale la difterite avrebbe aperto la strada. Un caso analogo è stato pubblicato da W. Hohhouse nel *British Medical Journal* nel marzo 1935, col titolo: Encefalomielite simulante una paralisi post-difterica. Nulla esclude che anche il caso di Schrank si possa interpretare nello stesso modo; però per essere obbiettivi bisogna riconoscere che quanto ammettono Roger e coll. non è che un'ipotesi, la quale vale quanto l'altra di Schrank, che si tratti di una vera nevrassite difterica.

L'ipotesi della infezione secondaria da virus filtrabile è seducente, ma gratuita. Abbiamo visto quanti punti di contatto, clinici e patogenetici, abbiano le polinevriti sistemizzate difteriche con la cosidetta sindrome di Guillain e Barré, e poichè per questa si sostiene da molti una etiologia da virus filtrabile, si potrebbe allora pensare che tutte le polinevriti sistemizzate difteriche abbiano la stessa genesi. Ciò potrebbe valere specialmente nel caso sopradescritto di nevrassite bulbare con polinevrite post-difterica, ma nell'ignoranza in cui ci troviamo intorno a questi supposti virus neurotropi mi pare che l'ipotesi sia inutile e ingombrante.

Dato quanto si sa oggi della patogenesi delle paralisi post-difteriche, non c'è da meravigliarsi della possibilità di nevrassiti difteriche, ma se mai dal fatto che siano così rare.

Sull'importanza delle lesioni centrali a base delle cosidette polinevriti difteriche esiste oggi un certo accordo. Tutti riconoscono l'importanza delle lesioni degenerative e tossiche delle cellule delle corna anteriori del midollo, descritte da tempo da Dejerine, Philippe, Babonneix, e dei nuclei motori del rombencefalo. La discussione verte sull'interpretazione, perchè mentre alcuni con Babonneix ammettono che la tossina difterica risalga ai centri lungo i tronchi nervosi, e che quindi le alterazioni di questi precedono quelle dei centri, altri con Pierre Marie e Mathieu, Meyer sostengono che la lesione dei centri e dei tronchi nervosi sia simultanea. In favore della centralità della lesione primitiva e principale starebbero, secondo Boudouresques, il tempo latente fra l'intossicazione massiva e la comparsa di segni neurologici, la frequenza di alterazioni liquorali, la possibilità di dissociazione fra i disturbi motori e quelli sensitivi o fra le varie forme di sensibilità.

Come abbiamo già visto dianzi, la controversia è superata da chi pensa oggi che le alterazioni non siano nè primitivamente centrali nè primitivamente periferiche, ma abbiamo il punto di origine nel tratto radicolare. Ho già accennato ai dati anatomici favorevoli a questa concezione: anche Bela Hechst insiste sul fatto che nelle forme atassiche le lesioni prevalgono di gran lunga nelle radici posteriori e nei gangli spinali, e sono così intense da provocare nel midollo degenerazione parziale anche dei cordoni posteriori. Tutti gli argomenti precedentemente citati in favore della genesi centrale sono anche meglio adattabili all'ipotesi della sede primitivamente radicolare, così che questa tesi pare oggi la meglio accettabile.

***

Un punto che è sempre apparso oscuro ai sostenitori della teoria radicolare è la possibilità di dissociazione fra le sensibilità profonde e le superficiali, risultando poco chiaro perchè un processo morboso agente sulla radice posteriore possa colpire più alcune determinate fibre che non le altre. Orbene, le nozioni più moderne di anatomia e fisiologia generale della fibra nervosa mi pare possano togliere anche questa difficoltà. Poichè si tratta di risultati acquisiti da pochi anni, quasi interamente da fisiologi anglosassoni, e finora poco noti, credo opportuno di esporli con qualche ampiezza.

In una serie di lavori editi dal 1924, e recentemente riassunti in una bella monografia, Erlanger, Gasser e Bishop dimostrarono che se si registrano le correnti d'azione di tronchi nervosi con l'oscillografo a raggi catodici, si possono rilevare nei tracciati caratteri tali da rendere necessaria l'ammissione che nello stesso tronco esistano fibre con caratteristiche diverse. Questo comportamento non è però costante: mentre le fibre di certi nervi, come il frenico, hanno caratteristiche omogenee, in altri, come nello sciatico, sono differenziabili per l'aspetto delle correnti d'azione tre categorie di fibre, che gli AA. americani denominarono A, B e C, e che differiscono per la velocità di conduzione degli impulsi, per la rapidità con la quale l'onda della corrente d'azione raggiunge il suo acme e per il periodo refrattario assoluto, ossia per il tempuscolo immediatamente successivo all'eccitamento, durante il quale un nuovo stimolo di qualsiasi intensità rimane senza effetto. Ora il nervo frenico di cane contiene fibre di diametro quasi uniforme, da 5 a 12 μ, in media 8 μ; le radici anteriori di rospo, pure studiate dagli AA. citati, hanno fibre di circa 15 μ di diametro, mentre le radici posteriori sono le più eterogenee, contenendo fibre da 3 a 20 μ.

Venne dimostrato che quando si stimola il nervo sciatico, la corrente d'azione derivabile dalle radici anteriori corrispondenti è uniforme (onde A), invece quella delle radici posteriori mostra onde A B e C frammsite. In seguito vennero moltiplicate le prove che nei differenti tronchi nervosi, anche appartenenti ad animali di specie diversa, le caratteristiche delle correnti d'azione variano in rapporto col diametro delle fibre. Questi dati vengono così ad accordarsi con la differente cronassia delle singole fibre di una medesima radice o tronco nervoso, già dimostrata da Lapicque e allievi.

Nel 1929 Matthews riuscì per primo a dimo-

strare che le caratteristiche di impulsi centripeti percorrenti lo stesso tronco nervoso possono variare a seconda che vengano stimolati terminazioni sensitive cutanee o per la sensibilità profonda. Da allora molta strada si è fatta; per esempio si sono stabilite le modalità di graduazione dell'impulso, per opera soprattutto di Adrian, al quale si deve la nozione capitale che la graduazione dell'eccitamento avviene non solo in funzione del numero delle fibre stimolate, ma anche della frequenza degli impulsi nell'unità di tempo; inoltre si sono confermate e precisate le caratteristiche di stimolazione e di trasmissione delle varie forme di sensibilità generale.

Senza entrare in soverchi particolari, accenneremo soltanto che Matthews ha oggi definito tali caratteristiche per tutti i tipi di recettori muscolari (fusi muscolari, organi tendinei di Golgi, corpuscoli fasciali di Pacini) e che Adrian è riuscito anche a differenziare gli impulsi da stimoli tattili da quelli provocati da stimoli dolorosi: questi ultimi producono correnti d'azioni lente e piccole, mentre i primi producono onde alte e rapide.

Nell'uomo le radici posteriori contengono fibre midollate e amieliniche il cui diametro varia da 20 a 1 μ; le prime costituiscono almeno il 40 % del totale, ma tale percentuale è assai maggiore nelle radici toraciche e sacrali che nelle cervicali e lombari, in rapporto con l'innervazione degli arti (Davenport e Ranson). Siamo ben lungi dal potere stabilire la funzione di tutte le fibre delle radici posteriori in base al loro aspetto fisico, però è oggi sicuro che le più grosse corrispondono alle terminazioni sensitive meglio differenziate, come quelle del tatto, della pressione e della sensibilità propriocettiva; mentre le fibre più sottili e amieliniche sono deputate alla trasmissione degli stimoli dolorosi, come Ranson aveva già supposto fin dal 1912 in base a importanti argomenti di indole morfologica. Sappiamo oggi che le onde A delle correnti d'azione sono rapide e corrispondono alle più grosse fibre mieliniche (fibre motorie, propriocettive muscolari e tattili), che le B, assai più lente, corrispondono alle più piccole fibre mieliniche, e le C a quelle amieliniche. Clark Hughes e Gasser, studiando gli effetti dell'asfissia sulle varie modalità di sensazione, dimostrarono che il dolore localizzato è connesso con la conduzione delle fibre del gruppo B, mentre il dolore diffuso è in rapporto con le fibre del gruppo C, le quali ultime conducono ancora, quando la funzione delle fibre A e B è messa fuori gioco da un'asfissia di lunga durata. È del resto noto che anche nell'uomo le modalità di sensazioni che persistono dopo una lunga asfissia sono le sensazioni termiche e di dolorabilità diffusa.

La conclusione di queste brillanti ricerche (1) *è di grande interesse per la patologia nervosa, perchè ci dimostra come un processo compressivo, che agisca sulle radici ostacolandone la circolazione e quindi la respirazione, possa colpire quasi elettivamente determinate categorie di fibre nervose e precisamente, al meno in primo tempo, le più grosse fibre midollate, quelle corrispondenti alle sensazioni tattili e di pressione e agli stimoli propriocettivi di origine muscolare, coscienti o no, che sono anche quelle più sensibili all'asfissia.* L'importanza di questi dati di fisiologia generale nella patogenesi di malattie importanti come la tabe dorsale e le radicoliti posteriori di qualsiasi origine non ha bisogno di essere sottolineata.

***

Prima di abbandonare l'argomento delle più rare complicazioni nervose nel corso della difterite, accenno soltanto, per amore di completezza, alle emiplegie post-difteriche, segnalate da W. Gule e da Bouchat, e non rarissime, se già nel 1905 Rolleston poteva raccogliere 65 casi. Solo in grande minoranza questa complicazione dipende da vera encefalite (Gardère e Dechaume provarono nella difterite lesioni abbastanza gravi di tipo flogistico e degenerativo della corteccia cerebrale), perchè la patogenesi di gran lunga più comune è quella vascolare, per trombosi o emorragia da arterite cerebrale, o embolie per formazione di trombi ventricolari, in caso di insufficienza e dilatazione del miocardio.

È notevole in molti di questi casi il comportamento della spasticità della sindrome piramidale, quando all'emiplegia si associ la polinevrite: per lo più questa fa scomparire i riflessi profondi, anche se prima erano aumentati, ma generalmente l'ipertonia piramidale si instaura lo stesso, sebbene più tardi. Però questo comportamento non è univoco (Urechia e Relezeanu).

RIASSUNTO.

Vengono descritti due casi clinici: 1) associazione di paralisi difteriche faringopalatine,

(1) Per notizie più ampie e per la bibliografia cfr.: FULTON. *Physiology of the Nervous System.* Oxford Univ. Press. 1938. - EVANS. *Recent Advances in Physiology.* Churchill, London, 1930.

*

con paralisi post-sieroterapica e con polinevrite sistemizzata; 2) associazione di paralisi difteriche faringopalatine, di polinevrite sistemizzata e di fenomeni a carico del tronco encefalico; entrambi con caratteristiche alterazioni liquorali. Viene discussa la posizione nosografica di queste forme, e lumeggiata la loro fisiopatologia in base alle più recenti ricerche anatomo-patologiche e fisiologiche.

BIBLIOGRAFIA.

ALAJOUANINE, MOLLARET e GOPCEVITCH. *Syndrome évolutif bulbomesocéphalique avec dissociation album.-cytol.* Rev. Neurol., 1, 213, 1930.

ANGELESCO, POPOVICI e BALUTZA. *Paralysie radiale postsérotherapique.* Presse médicale, 2, 1068, 1938.

BALDUZZI. *Anatomia patologica della Polyradiculitis acuta curabilis.* Riv. Pat. Nerv. e Ment., 51, 288, 1938.

BESTA. *Su una prticolare sindrome meningea.* Boll. Soc. Lomb. Sc. Med Biol., 20 novembre 1925.

BETTINARDI. *Polinevriti difteriche tardive e generalizzate.* Atti e mem. Soc. Lomb. Med., 7, 448, 1938.

BOCCHINI. *La difterite maligna.* Arch. It. Chirurgia, 50, 509, 1938.

BOUDOURESQUES. *Les polynevrites.* Doin, Paris, 1938.

CARLSON e MORGAN. *Diphteritic meningitis.* Journ. A. M. A., 106, 1164, 1936.

CHAVAGNY, THILLAUX e THIERRY. *Coincidence de paralysie due au serum antidiphterique et de paralysies diphteriques.* Ann. med. psych., p. 468. 1936.

DE SIMONE. *Le meningiti con liquor limpido nell'infanzia.* Atti XVI congresso it. Pediatria. 1938.

FLESCHER. *Sulle paralisi da siero antiletanico.* Riv. Sper. Fren., 62, 553, 1938.

FORNARA. *Le modificazioni del liquor cefalo rachidiano nelle paralisi postdifteriche.* La clin. ped., VII, 9, 1925.

GARDÈRE e DECHAUME. cit. da BOUDOURESQUES.

GUILLAIN e ROUQUES. *Pseudo-tumeur du pèdouncule cérebral.* Rev. Neur., 1, 61, 1933.

KRAUS e CHANEY. *Serum disease of the nervous system.* Arch. Neur. Psych., 37, 1035, 1937.

MARIE P. e MATHIEU. *Paralysie diphterique chez l'adulte presentant les caractères des paralysies par lésions médullaires.* Bull. Mém. Soc. Hôp. Paris, 2 dicembre 1921.

MIGNOT. *Paralysie du plexus brachial après serother antidyphter.* Presse Méd., 1, 882, 1936.

POMME, COMMEL e LACROIX. Cit. da MIGNOT.

PORTA. *Meningoradicoliti a inizio con sintomatologia pseudotumorale.* Min. Med., 2, 477, 1938.

ROGER, POURSINES e RECORDIER. *Polynevrite après serotherapie avec partecipation du nevraxe et des meninges.* Rev. Neur., 1, 1078, 1934.

ROGER, PREVOT e CREMIEUX. *Poliobulbite avec quadriplegie spasmodique, ecc.* Rév. O.N.O., 118, 1936.

SAUVET. Cit. da MIGNOT.

SCHRANK. *Bulbäre Encephalitis bei diphterie.* Deut. Z. Nerv., 144, 261, 1937.

THOMAS. *Les polynevrites postserotherapiques.* Presse Méd., 1, 351, 1935.

URECHIA e RELEZEANU. *Hemiplegie et polynevrite post-diphterique avec contrôle anat.* Rev. Neur. 1, 277, 1935.

VERCELLI. *Sindrome peduncolo-protuberanziale con ipertensione endocranica.* Riv. O.N.O., 11, 286, 1934.

ZALLA. *Paral. da iniez. di siero antitetanico.* Rass. Clin. Scient. 1937, 15, 419.

WINKELMANN e GOTTEN. Cit. da KRAUS. Am. J. Syph. a. Neur., 19, 414, 1935.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA-SAMPIERDARENA.

Sulla cura di alcune sindromi artritiche e reumatiche.

(Osservazioni cliniche)

Prof. dott. F. P. BERRETTA
Vice Primario
docente e aiuto v. nella R. Università di Genova
con la collaborazione del
dott. LUIGI PESSINA, assistente.

Circa 2000 anni fa Galeno parlava già dell'artritismo e ce ne ha tramandato un quadro descrittivo così minuzioso e preciso nella interpretazione *intuitiva* della grande sindrome che oggi ai nostri occhi sembra quasi prodigiosa. È da pensare che tale morbo per attirare l'attenzione del grande medico doveva presentarsi con segni di vera gravità e di grande sviluppo nella popolazione.

Sono infatti le grandi sindromi quelle che ci sono state tramandate dai grandi medici dell'antichità greca, latina ed araba.

Anche oggi dopo circa 19 secoli il problema del reumatismo inteso nel senso più lato della parola si presenta sotto il duplice aspetto di problema patologico individuale e di problema a carattere squisitamente sociale di tanta importanza da essere oggetto di più frequenti segnalazioni in seno ai congressi nazionali e internazionali di Medicina generale.

Molto recentemente il Ferrannini (1937) ha segnalato all'attenzione delle autorità mediche e politiche il problema del reumatismo che attende di essere impostato anche in Italia dal punto di vista sociale.

Dal punto di vista patogenetico, fino al secolo scorso prevaleva il concetto unitario delle sindromi artritiche (Bouchard) concetto ormai superato dalle moderne concezioni e dalle più precise acquisizioni cliniche sull'artritismo.

Ma nel quadro generale della grande sindrome artritica quello che ha subito un maggior vaglio ed una più accurata revisione della etiopatogenesi è il reumatismo.

Fu il Bouillaud che distinse in due forme nettamente separate fra di loro il reumatismo e la gotta assegnando al primo una etiologia puramente infettiva, cognizione questa ormai accettata da tutti.

Bouchard in collaborazione di Bourcy riunì in seguito in gruppo tutti i reumatismi pseudo infettivi legati ad una infezione generale dell'organismo. Tali concetti ebbero posteriormente la conferma dalle ricerche del Marfan, di Mauclair che misero in evidenza la natura infettiva di tali reumatismi senza peraltro precisare per ognuno di essi una etiologia sicura.

Secondo Teisser e Roque tutte le forme di reumatismo cronico si somigliano fra loro solamente nelle caratteristiche anatomopatologiche, caratteristiche non facilmente differenziabili macroscopicamente e microscopicamente e che si riscontrano in tutte le forme ed in tutte le localizzazioni siano esse cartilaginee-sinoviali od ossee.

Ma a questi concetti fondamentali di etiogenesi e di anatomia patologica del reumatismo bisogna anche aggiungere tutto quanto riguarda la predisposizione organica individuale alle localizzazioni reumatiche ed artritiche articolari di processi infettivi o tossico-infettivi generali.

In verità il problema etiopatogenetico del reumatismo e dell'artritismo non è ancora risolto.

E di ciò fa fede il continuo lavoro di indagini da parte degli studiosi per diradare certe tenebre che ancora incombono su tale campo.

Ogni giorno nuove ricerche mettono in chiaro dei punti oscuri del problema ed a queste classificazioni ed all'allargarsi delle maggiori ricerche noi vediamo un fiorire di nuovi rimedi che vengono concepiti e traggono origine dalle deduzioni cliniche e biologiche delle ricerche stesse.

Infatti mai come oggi il medico nella pratica quotidiana ha avuto a portata di mano un numero così stragrande di preparati antireumatici ed antiartritici.

Il valore terapeutico di molti rimedi il più delle volte è nullo e di ciò ne fanno fede gli ammalati stessi affetti da reumatismo i quali in genere si presentano al nuovo medico sconfortati dall'insuccesso di molte, di infinite cure intraprese e condotte senza esito positivo.

E lo stesso sconforto pervade a volte anche il medico che dopo avere fatto il vaglio delle cure già praticate dal paziente non sa e non può suggerire altri esperimenti terapeutici.

Invero non c'è campo della terapeutica più ricco di insuccessi di quello del reumatismo e dell'artritismo in genere.

Ed è per questo che un numero stragrande di ammalati di reumatismo e di forme artritiche si trascina con le proprie sofferenze e con la convinzione che non saranno mai abbandonati da esse che ne minorano ogni giorno più ogni attività fisica ed intellettuale.

L'intraprendere una cura antireumatica è quindi un problema molto serio.

Solo una minuziosa indagine anamnestica condotta con vero criterio d'indagine può orientare verso la diagnosi ed alla base di tale indagine deve sempre stare il fattore costituzionale dell'individuo ammalato, fattore il più delle volte dimenticato.

Non è affatto raro il caso di osservare individui con vere e proprie artriti iperuricemiche, ipercolesterinemiche, che si sono sempre curati con comuni rimedi antireumatici, s'intende con esito negativo, i quali non sono stati minimamente indagati dal punto di vista costituzionale, che porta sempre in sè la espressione diatesica dell'individuo stesso.

Passando poi nel campo infettivo del reumatismo si può constatare che nel mentre molte ricerche sono state fatte sui fattori patogenetici di alcune forme reumatiche precisandone gli agenti, restano ancora allo studio ed all'indagine tutta una gamma di veri reumatismi e di pseudo reumatismi la cui genesi resta avvolta nel più fitto mistero.

Mentre nei primi casi con le vaste conoscenze che oggi abbiamo sul ricambio l'orientamento terapeutico può avvicinarsi a qualcosa di reale, negli ultimi casi la terapeutica assume alle volte delle espressioni irte di difficoltà e di tentennamenti.

Il problema della cura di certi reumatismi e di certe forme artritiche va quindi orientato verso il fattore infettivo quando è possibile dimostrarne la vera causa o verso i fattori costituzionali e le espressioni diatesiche dell'individuo ammalato, quando scartato l'elemento scatenante infettivo resta in campo il complesso problema del ricambio inteso nel senso più vasto della parola.

***

Il presupposto teorico con cui è stato recentemente preparato un nuovo rimedio antiartritico ed antireumatico ha attirato la mia attenzione in quanto che in esso ho intravisto delle possibilità terapeutiche molto vaste che

esulano dai comuni preparati contro il reumatismo in genere.

I componenti di tale preparato sono: lo zolfo, lo iodio e la piperazina. Tale complesso farmacologico è quanto mai geniale e risponde appieno a quanto — secondo le moderne ricerche — occorre per un organismo artritico.

Basta un breve cenno sulla farmacologia e sulla farmacodinamica di questi tre elementi per formarsi un'idea di quanto possa riuscire utile ai fini terapeutici un trinomio così fatto.

Per lo zolfo dirò che le cognizioni su tale costituente organico in questi ultimi tempi si sono arricchite considerevolmente e che la letteratura sulla fisiologia, sul ricambio, sulla farmacodinamica dello zolfo è così vasta da non potere essere neanche ricordata in queste note.

Bisogna osservare però che nella terapia empirica delle zone rurali lo zolfo ha da tempo immemorabile sostenuto un ruolo di grande importanza e non è difficile ancora oggi in certe remote case di campagna trovare il barattolo di zolfo e miele usato principalmente dai vecchi contadini come depurativo del sangue (eczemi e foruncolosi, diatesi essudativa? insufficienza epatica? pletora sanguigna?) e come curativo nei dolori muscolari ed articolari (artritismo? reumatismo).

Un ampio recente lavoro sulla fisiologia dello zolfo è quello del Bottazzi, ma una memoria esauriente sul metabolismo dello zolfo è quella di Loeper-Mahoudeau e Tonnet.

Le conclusioni di queste ricerche sono oltremodo interessanti e fissano il concetto: che lo zolfo non solo è un componente fisiologico della cartilagine e di tutti i tessuti articolari ma è anche il metabolico per eccellenza dell'equilibrio chimico del tessuto articolare, che esiste una carenza di zolfo in tutte le articolazioni colpite da Reumatismo (Sullivan ed Hess), che una diminuzione del tasso sulfureo nell'organismo permette il manifestarsi del reumatismo cronico.

Siamo come si vede in piena teoria della carenza da zolfo quale causa scatenante dell'artritismo, teoria condivisa dal Salt H. B., da Naligen, nonchè dal nostro Maranelli.

A queste particolari proprietà dello zolfo bisogna aggiungere quelle più vaste e generali.

Lo zolfo è il catalizzatore per eccellenza e presiede ai processi di ossidazione organica. Il fegato assolve la sua funzione antitossica solo in presenza di solfo e le funzioni epatiche globali vengono alterate ogni qualvolta il metabolismo dello zolfo è alterato.

Tale sostanza è presente in ogni tessuto ed ecco perchè trova indicazioni in uno stragrande numero di affezioni organiche.

Lo iodio è l'acceleratore del ricambio materiale per eccellenza, ed un agente antinfettivo. Le sue proprietà antisclerotiche, di stimolatore dei processi di nutrizione ed eliminazione non hanno bisogno di essere illustrate.

Il terzo componente, la piperazina, è il più potente dissolvente ed eliminatore dell'acido urico organico che ha inoltre una funzione eccitante sul fegato.

Sappiamo che un fegato ben funzionante assolve meglio la sua alta funzione di disintossicante organico.

I tre elementi componenti il preparato in oggetto sono quindi i più validi medicamenti antireumatici ed antiartritici.

Tale triade dà sin dall'inizio una quasi sicurezza di buona riuscita terapeutica.

Infine è molto interessante la formula chimica sotto la quale tali tre componenti vengono forniti all'organismo.

Lo zolfo viene fornito sotto forma di un suo derivato la Tiocarbamide che è poco tossica — ricchissima di zolfo fisiologicamente attivo — tollerata in ottimo modo dall'organismo e tollerata in maniera maggiore di altri derivati di zolfo.

Lo iodio è sotto forma di Diozina M. che per la sua speciale formula chimica ha i seguenti requisiti:

contiene una alta percentuale di iodio;

nell'organismo libera con facilità i suoi atomi di iodio libero sotto forma di metalloide;

non dà i conosciutissimi fenomeni di iodismo comune a tutti i preparati iodici.

La piperazina è fornita all'organismo sotto forma iniettabile in una concezione chimica che la rende non dannosa all'organismo e specie ai reni, essendo essa fortemente caustica e tossica.

I casi da me presi in considerazione sono rappresentati da undici ammalati con quadri svariati di sindromi artritiche-reumatiche-nevralgiche.

Vedremo dall'illustrazione di essi casi quali sono i risultati ottenuti con la cura solfio-zinica.

CASI CLINICI.

CASO I. — T. Gius., di anni 28, meccanico.

Nevralgia reumatica del facciale. R. Wass. negativa.

Radiografia del cranio: normale. L'ortodiagramma mostra un cuore tipicamente mitralico.

È un ex-poliartritico acuto con insufficienza secondaria della mitrale.

Sofferse della stessa nevralgia del facciale nel 1934, affezione che si protrasse per circa 3 mesi, resistente ai salicilici ed agli arsenobenzoli.

Si presenta alla mia osservazione dopo 15 giorni del nuovo attacco dopo aver fatto uso ed abuso di salicilici e di chinino.

La sindrome non mostra dopo tali cure alcuna modificazione.

Inizio la cura con la Solfiozina.

Già alla prima iniezione intramuscolare l'ammalato ne risente beneficio essendosi le crisi dolorifiche modificate come durata e come intensità.

Alla seconda, terza e quarta iniezione il miglioramento della sindrome nevralgica si fa sempre più netto fino alla scomparsa totale del dolore dopo l'ottava iniezione.

Siccome le condizioni generali del paziente si mostrano benignamente influenzate dalla medicazione, consiglio un'altra serie di iniezioni da praticare a giorni alterni.

Rivedo l'ammalato dopo circa un mese e mi riferisce di essere completamente guarito della nevralgia del facciale e di non avvertire da quando ha intrapreso tale cura quelle sensazioni dolorifiche articolari e muscolari che gli erano compagne periodiche e fedelissime sin da quando aveva subito l'attacco di poliartrite reumatica (1930).

La sedazione rapida del dolore mi ha evitato in questo caso di ricorrere ad altri medicamenti.

CASO II. — M. Maria, di anni 68.

R. di Wass.: negativa. Urine: normali.

Diagnosi: Artrite reumatica delle articolazioni del ginocchio d. e s.

Da cinque anni lamentava artralgie diffuse, ma particolarmente più intense ai due ginocchi.

Per tale sintomatologia era già stata ricoverata per circa otto mesi in ospedale e dimessa in condizioni leggermente migliorate.

Entra nuovamente in ospedale il 15 marzo 1938.

Il ginocchio sinistro appariva allora leggermente tumefatto, dolente alla palpazione. La deambulazione provocava algie dolorose ad ambedue i ginocchi ed ai polpacci.

Dopo 10 giorni di degenza viene iniziata la terapia Solfiozinica. La paziente notò immediato benessere.

Le vennero praticate in totale 15 iniezioni.

Si smise la somministrazione essendo scomparso ogni sintomo obiettivo e subiettivo e si lasciò in osservazione nel caso di recidiva.

Restò la paziente in reparto altri due mesi dopo la cura. Durante questo periodo, l'ammalata non ebbe a lamentare le sue sofferenze a tipo artritico.

CASO III. — S. Giselda, a. 33, infermiera, coniugata.

Wass. negativa.

Costituzione: artritica.

Sindrome reumatica localizzata alle articolazioni metatarsiche falangee delle dita delle mani e del piede destro.

L'ammalata si lamenta di tali dolori da circa 5 mesi. La sintomatologia dolorifica mostrava periodi di esacerbazione che interessavano allora il tarso mediale e i tendini dei muscoli estensori delle dita del piede spiccatamente dolenti nei loro movimenti.

Si iniziò la cura con una iniezione quotidiana di solfiozina.

Alle prime iniezioni i dolori si fecero più acuti tanto da dovere ricorrere ad una iniezione di solfiocaina che sedò rapidamente il dolore.

Procedendo nella cura con la Solfiozina la sintomatologia dolorifica che era rimasta negli altri territori non trattati con la Solfiocaina andò man mano attenuandosi fino a scomparire completamente.

Vennero iniettate 15 fiale di solfiozina ed una di solfiocaina.

A distanza di 2 mesi dalla cessazione della cura l'ammalata — nostra infermiera — non presenta più sintomi subiettivi ed obiettivi.

CASO IV. — M. Giov., a. 52, industriale.

Artrite cronica del perone.

Diatesi litogena epatica famigliare.

Soggetto brevilineo, macrosomico con stimmate nette di costituzione neuroartritica. Ricambio metabolico ritardato, fegato palpabile e dolente.

Pressione: mx. 180, mn. 85.

Tasso uricemico: milligr. 5.10 %.

Tasso colesterinemico: gr. 0.210 %.

Forte mangiatore e fumatore.

Ha sofferto di disturbi epatici a tipo di lieve insufficienza.

Soffre dal 1936 di una sindrome dolorifica del perone destro con periodi di esacerbazione che a volte ostacolano la deambulazione ed i movimenti attivi e passivi del piede destro.

Data la gravità della sindrome ho voluto accertarmi con un esame radiografico se esistesse qualche lesione ossea.

L'esame radiografico mostra l'articolazione perfettamente normale per forma e per costituzione anatomica.

Cure svariate intraprese avevano solo modificato temporaneamente la sintomatologia clinica.

Pratico una prima iniezione locale di Solfiocaina nel periodo più acuto dell'attacco dolorifico ed ottengo la sedazione completa del dolore. Inizio in seguito una serie di iniezioni a giorni alterni di solfiozina con risultato ottimo non solo nella sintomatologia locale ma bensì sullo stato generale dell'ammalato che mi riferisce di avere ottenuto dalla cura un vero benessere generale. Dice infatti che il senso di peso della regione epatica è molto attenuato. Le sue funzioni digestive si compiono con più facilità. Le emicranie di tipo epatico che intervenivano durante l'acme della digestione si sono diradate.

Osserva che un certo senso di maggiore agilità si è verificato nel suo organismo.

CASO V. — R. Amalia, a. 59, casalinga.

Reumatismo cronico generalizzato a tendenza deformante.

Soggetto con costituzione longilinea ipoplastica ipovegetativa.

Tasso uricemico: milligr. 3.10 %.

Tasso colesterinemico: gr. 0.144 %.

R. di Wass.: negativa.

L'ammalata in oggetto ha sempre vissuto per il suo mestiere in ambienti umidi.

Da circa 3 anni si lamenta di algie muscolari ed articolari generalizzate.

Ha inoltre notato una deformazione iniziale della articolazione della mano destra.

Viene alla mia osservazione in preda ad un crudele dolore all'articolazione scapolo omerale di sinistra che la tiene insonne da due giorni,

che non ha ceduto a revulsioni comuni — a linimenti — a forti dosi di salicilici somministrati anche in forma massiva per via rettale.

Con la tecnica anatomica dovuta, pratico una iniezione periarticolare scapolo omerale di Solfiocaina che seda nel modo più assoluto il dolore.

Inizio quindi una cura per iniezioni intramuscolari di Solfiozina in ragione di 20 fiale.

La sintomatologia clinica migliora ma non in maniera radicale.

L'ammalata risente ancora qualche algia articolare e muscolare che però è meno intensa.

Le modificazioni anatomiche nella mano destra si mostrano stazionarie.

E' però mio intendimento procedere ad una nuova serie di iniezioni dopo un certo periodo di riposo.

Caso VI. — B. Carmela, a. 51.

Artrite cronica del carpo, metacarpo e delle falangi delle due mani.

Wass. negativa. Esame delle urine: negativo.

Soggetto di costituzione neuroartritica.

La paziente si lamenta da circa quattro anni di una sindrome dolorifica a carico delle articolazioni delle mani, specie della mano destra che rende impossibili i movimenti prensili.

Era stata sottoposta a svariate cure chimiche e fisiche, i risultati furono sempre — a detta della paziente — di poca entità.

Entra in reparto.

Una prima radiografia eseguita il 23 aprile 1938 con il seguente referto: qualche nota deformante a carico dei carpi articolari delle falangi e delle articolazioni carpo metacarpiche.

Si inizia la cura con il preparato in esame in ragione di una iniezione giornaliera intramuscolare.

Alla sesta iniezione i movimenti delle mani si fecero meno dolorosi e più facili.

Il miglioramento della sindrome potè essere apprezzato in pieno alla 20ª iniezione, allora i movimenti delle articolazioni colpite erano tornati quasi normali restava solamente una lieve deformità alle articolazioni interfalangee della mano destra.

La radiografia di controllo dimostra: si osserva una attenuazione delle articolazioni carpometacarpiche e delle falangi.

Venne continuata la cura per un'altra decade.

Venne dimessa dal reparto in buone condizioni.

Non abbiamo ulteriori notizie della paziente.

Caso VII. — P. Teresa, a. 62.

Reumatismo dell'articolazione del polso destro e delle articolazioni metacarpali sinistre.

Reazione di Wass.: negativa.

La paziente viene ricoverata in ospedale per bronchite acuta febbrile.

Migliorata dell'affezione bronchiale di sicura genesi reumatica residuano algie specie alle articolazioni del polso sinistro ed alle articolazioni metacarpali sinistre.

Viene trattata con comuni rimedi salicilici ed antireumatici.

Si inizia la cura con Solfiozina il 20 maggio 1938 con una iniezione al giorno.

Dopo la quinta iniezione l'ammalata riferisce che le algie sono fortemente attenuate.

La sintomatologia dolorifica scompare completamente a termine della prima serie di 20 iniezioni. L'ammalata viene dimessa dall'ospedale completamente guarita.

Caso VIII. — A. L., a. 30, casalinga.

Artrite deformante dei metacarpi e delle falangi delle mani.

Wassermann: negativa.

Sofferse a 22 anni di poliartrite reumatica acuta che recidivò con un lieve vizio cardiaco (insufficienza mitralica) bene compensato.

La poliartrite è recidivata all'età di 26 anni ed a 29 anni senza peraltro aggravare le condizioni del cuore.

La paziente dall'ultimo attacco poliartritico acuto subìto e che ebbe prevalente localizzazione alle mani risparmiando stavolta le grandi articolazioni notò note di deformazione sempre più aggravantesi a carico delle mani.

Al momento dell'osservazione la mobilità è pressochè nulla e l'ammalata si lamenta di dolori continui locali.

Viene trattata con una fiala *pro die*.

La sintomatologia clinica si attenua in maniera decisiva.

Anatomicamente le condizioni vengono lievemente migliorate.

Una seconda serie di Solfiozina dopo 6 giorni d'intervallo fa scomparire la sintomatologia dolorifica.

L'ammalata dopo tale miglioramento si dimette di sua volontà dall'ospedale e non si hanno ulteriori notizie.

Caso IX. — Z. Emilio, a. 60.

Artrite tibio-astragalica.

R. di Wass.: negativa.

L'ammalato soffre di questa affezione da diversi anni e dichiara che le sofferenze si sono sempre più aggravate.

Al momento della mia osservazione le algie sono così intense che vietano nel modo assoluto la deambulazione.

Pratico una iniezione di Solfiocaina nel punto del massimo dolore spontaneo ed ottengo una lieve modificazione del senso dolorifico locale: ripeto una nuova iniezione dopo 5 giorni e stavolta nel punto del massimo dolore provocato con la pressione profonda.

La seconda iniezione esacerba la sensazione dolorifica per circa tre ore dall'iniezione stessa, poi si attenua lentamente.

Una terza iniezione praticata dopo 8 giorni serve a sedare completamente il dolore.

Faccio eseguire all'ammalato una serie di iniezioni di Solfiozina che a distanza di due mesi mantiene lo stato di miglioramento dell'ammalato.

Una radiografia di controllo non dimostra apprezzabili modificazioni della struttura anatomica dell'articolazione ammalata.

Lo stato obiettivo e subiettivo del paziente è ottimo.

Caso X. — P. Antonio, a. 54, commerciante.

Artritismo del ginocchio destro e dell'articolazione polso destro.

Costituzione neuroartritica.

Pressione: mx. 180, mn. 95.

Reazione di W.: negativa.

Lieve ectasia totale dell'arto. Fegato palpabile e lievemente dolente.

Tasso uricemico: milligr. 5.20 %.

Forte mangiatore e bevitore.

Alvo abitualmente stitico.

Il paziente da circa 4 mesi accusa una lieve tumefazione del ginocchio destro accompagnata

da dolenzia dell'articolazione nei movimenti di flessione e di estensione dell'arto.

Il torpore dell'articolazione si accentua dopo il riposo dell'arto.

Ha fatto delle cure saliciliche e cure locali revulsive con iodio, linimenti ed applicazioni calde.

Viene sottoposto ad una cura di 20 fiale di Solfiozina.

La sintomatologia dolorifica cede rapidamente alla medicazione e resta tale dopo un mese di riposo.

L'ammalato nel riferire il miglioramento della sindrome artritica mi comunica che anche le sue condizioni generali sono di molto migliorate e che tutta la sintomatologia epatica e digerente è stata benignamente influenzata dalla cura.

Il controllo del tasso uricemico dopo 20 iniezioni dimostra che l'acido urico del sangue è ridotto alla cifra di gr. 4.10 %.

Si ripromette qualora si verificassero di nuovo i sintomi su accennati di ricorrere ad una nuova serie di iniezioni che egli dice essergli state veramente provvide ed efficaci.

CASO XI. — Z. Velia, a. 51, casalinga.

Artrite generalizzata con netti caratteri a tendenza deformante a carico delle articolazioni delle mani e dei piedi.

Soggetto a tipo di costituzione brevilinea, macrosplancnica.

Ricambio metabolico rallentato.

Pressione: mx. 190, mn. 100.

Reazione Wass.: negativa.

Tasso uricemico: gr. 6.10 %.

Funzioni renali normali.

La paziente aveva notato dal periodo di inizio del climaterio (anni 49) una tendenza ad ingrassare ed una torpidità dei movimenti che essa imputava all'ingrassamento.

Aveva fatto delle cure ormoniche a base di ovario che se avevano modificato la sintomatologia dei fenomeni climaterici (vampate di calore, facili stati emotivi, l'amenorrea, ecc.) non avevano per niente influito sulle condizioni generali dell'ammalata.

In seguito, alla torpidità dei movimenti degli arti si aggiunse dolore a tutte le articolazioni ed ai muscoli delle gambe e delle braccia, algie che andarono sempre crescendo fino a rendere quasi impossibile la deambulazione e i movimenti di prensione delle mani. A breve distanza di questo aggravamento sintomatologico si verificò una eruzione a tipo secco desquamativo a carico della faccia interna delle coscie, della faccia esterna dell'avambraccio e dei piedi.

Al cuoio capelluto si verificarono delle zone di arrossamento e di desquamazione con rarefazione dei capelli.

L'ammalata viene alla mia osservazione in queste gravi condizioni.

Dopo un'indagine clinica e di laboratorio mirante ad accertare l'etiopatogenesi della forma sottopongo l'ammalata ad una cura solfiozinica.

I risultati di questa cura furono quanto mai brillanti ed in un certo senso insperati.

L'ammalata dopo una serie di 12 iniezioni si presentava completamente trasformata.

Le algie diminuirono in maniera costante con il progredire della cura, mentre l'eruzione a carico della pelle era pressochè scomparsa alla sesta iniezione. Per tema di una recidiva feci intraprendere una nuova serie di iniezioni che stabilizzarono in maniera definitiva il miglioramento definitivo.

Residuò alla paziente una deformazione delle falangi del dito mignolo destro e del pollice, deformazioni che erano già in atto al momento della mia osservazione.

E' una paziente che per ragioni famigliari ho occasioni ripetute di incontrare ed ho da essa conferma di uno stato stabile di benessere locale e generale.

Ho consigliato a scopo preventivo di ripetere ancora la cura.

Dall'esame delle storie cliniche degli ammalati sottoposti alla terapia solfiozinica il primo elemento che risulta è quello che tutti i casi trattati hanno risentito beneficio della medicazione.

I casi di reumatismo subacuto e cronico, sono quelli che hanno ceduto più rapidamente alla medicazione.

È anche degno di rilievo il caso n. 1 (Nevralgie del facciale in soggetto reumatico).

È questa una constatazione terapeutica che merita la massima attenzione. Sappiamo come tale forma reumatica sia spesso ribelle alle cure più intensive ed energiche.

La cura solfiozinica ha beneficamente influenzato tale sindrome con rapidità sorprendente che a priori poteva essere decisamente scartata.

In tutti gli altri casi le modificazioni delle sindromi dolorifiche sono state costanti; non così può dirsi di eventuali modificazioni anatomiche delle località lese.

La tolleranza di tale preparato è ottima e nei casi trattati non ebbi mai a constatare reazioni di sorta.

L'assorbimento del preparato da parte dei tessuti avviene in maniera normale.

Mai ebbi a constatare induramenti o dolenzie locali.

Ma quello che a me sembra doveroso segnalare, e credo di essere il primo ad averne fatta la constatazione, e che merita più approfondite ricerche che varranno indubbiamente ad allargare il campo curativo della Solfiozina, sono i casi nn. 4, 10, 11, 10, 9, 1, 12.

Si tratta di individui affetti da sindromi artritiche generalizzate di origine autotossica.

Sono essi i classici tipi costituzionalmente neuroartritici con tasso uricemico molto elevato; con ricambio energetico rallentato, portatori di diatesi uricemica a localizzazioni articolari e muscolari, ipertesi con pletora sanguigna e fegato torpido.

La medicazione non solo ha migliorato le condizioni locali ma ha influito benignamente sulle condizioni organiche generali frustando il ricambio — accelerandolo — modificando

le funzioni intorpidite del fegato e provocando una attiva eliminazione dell'accesso di acido urico causa principale della sindrome in atto.

Osservando la triade farmacologica della Solfiozina con più attento discernimento si può senz'altro affermare che i suoi componenti sono i farmaci principi per tutte le forme di *rallentato ricambio uricemico- colesterinemico.*

Una indagine più vasta in questo senso, compiuta in un Istituto clinico che disponga di ampi mezzi di indagine di laboratorio che non un ospedale, io credo che potrebbe fornire elementi con un lavoro biologico clinico di grandissima importanza, la conferma dei fatti da me constatati e un allargamento delle indicazioni curative di questo preparato iodo-sulfo-piperazinico.

RIASSUNTO.

In 11 pazienti con sindromi artritiche-reumatiche-nevralgiche venne somministrata una associazione (Solfiozina) di iodio, zolfo e piperazina, conseguendovi otto buonissimi risultati, sovratutto nelle sindromi artritiche generalizzate di origine autotossica; le forme spiccatamente dolorose vennero sempre beneficamente influenzate dalla somministrazione di Solfocaina.

SUNTI E RASSEGNE

DISENDOCRINOPATIE.

Malattia di Addison. Significato diagnostico del contenuto in sodio e cloro del sangue e delle urine.

H. W. Dryerre (*Edinburgh medic. Journ.*, aprile 1939) ricorda che fin dal 1898 il Soddu aveva dimostrato che i cani surrenalectomizzati avevano beneficio dalla somministrazione di cloruro di sodio. Questa nozione fu trascurata finchè fu ripetuta da Stewart e Rogoff nel 1925.

Nel 1926 Banting e Gairus osservarono la caduta dei cloruri nel siero di animali surrenalectomizzati e nel 1927 Baumann e Kurland trovarono un corrispondente aumento del potassio del siero.

La prima osservazione del genere nell'uomo fu fatta dal Loeb nel 1932 e 1933. Egli vide che la somministrazione di cloruro di sodio dava un miglioramento dello stato generale e il ritorno al normale delle condizioni del siero. Si pensò allora che si potesse diagnosticare l'insufficienza surrenale dallo studio del cloruro di sodio; ma si vide poi che si può avere concentrazione normale del cloruro di sodio nel sangue anche nel m. di Addison conclamato e che soltanto alcuni episodi critici della malattia sono accompagnati da alterazioni nella concentrazione dei cloruri.

Alcuni (Harrop, Weinstein, Soffer e Trescher) proposero una prova di dieta aclorurata per mettere in evidenza l'insufficienza surrenale mediante la provocazione di « crisi » di riacutizzazione. Ma, a parte il pericolo di una simile prova, essa non ha dato risultati probativi.

Anderson e Lyall sostennero che il trovare una concentrazione urinaria di cloruri di oltre 120 mmg. per cento mentre la cloruremia è al di sotto del normale di circa 320 mmg. per cento è un dato a favore della diagnosi di insufficienza surrenale. Ma Winkler e Krankshaw recentemente (1938) negarono il valore di questo criterio diagnostico. Pure senza valore sono state dimostrate la prova proposta da Zwemer e Truszkowski dell'intolleranza dell'ingestione di un sale potassico e quella del beneficio terapeutico dell'estratto corticale.

Una nuova prova è stata proposta da Cutler, Power e Wilder: si tiene a dieta povera di cloruro di sodio e ricca di potassio per due giorni e mezzo. Nell'insufficienza surrenale c'è un costante aumento dell'eliminazione del cloruro di sodio (mentre normalmente si ha diminuzione). Una concentrazione urinaria di 225 mmg. per cento alla mattina del 3° giorno indica un'anormalità della funzione adreno-corticale, mentre questa è normale se la concentrazione è di 125 mmg. Le cifre intermedie non sono conclusive e in questo caso la dieta di prova deve durare sei giorni.

L'A. ha voluto controllare questa prova in 14 persone, di cui 4 ammalate di m. di Addison, 5 di malattie debilitanti somiglianti all'Addison ma non certamente Addison, e 5 normali.

Tecnica usata: abolizione di estratto corticale. Per due giorni e mezzo dieta con gr. 1,7 al giorno di cloruro di sodio e gr. 4,3 al giorno di potassio. Nel pomeriggio del primo giorno si dànno 92 mmg. per chilo di peso di citrato di potassio (equivalenti a 33 mmg. di potassio per chilo). Se possibile si dànno il 2° giorno 40 cc. di liquido per chilo, che si riduce a 20 cc. nel 3° giorno. Le urine si raccolgono e si esaminano ogni 12 h. (alle 8 a. e alle 8 pom.) e l'ultimo giorno alle 12. Il sangue si preleva alle 8 del secondo giorno e alle 10 del terzo. Nei soggetti sospetti di Addison si fa un'iniezione di estratto corticale alla fine della prova e si inverte subito la dieta (scarso potassio e molto cloruro di sodio).

Risultati: negli addisoniani la quantità di urina eliminata durante la prova è inferiore che negli altri. Inoltre negli addisoniani il sodio eliminato con le urine è aumentato notevolmente, mentre pel cloro la differenza è dubbia. Il comportamento del sodio e del cloro nel siero di sangue non permette di trovare

in esso un elemento diagnostico a favore del m. di Addison.

In due dei quattro addisoniani la prova ha dato notevoli disturbi. L.

Come curare oggi il m. di Flaiani-Basedow?

(A. BIANCHINI. *La Radiologia Medica*, fasc. II, 1939).

Il medico pratico si trova spesso imbarazzato nella scelta della terapia del m. di Flaiani Basedow. Dovrà essere medico-dietetica o chirurgica o radioterapica? I tre metodi partono da presupposti diversi.

L'A. ha una lunga esperienza in proposito. Dopo aver ricordato le varie teorie patogenetiche, fa notare che molti propongono un diverso trattamento curativo secondo la gravità del caso e che il riconoscimento della gravità è tutt'altro che facile.

Gli americani ritengono il « gozzo tossico primario, diffuso ed esoftalmico » molto più grave del « gozzo tossico secondario o adenoma tossico ». Ma a volte nelle forme gravi viene a mancare l'esoftalmo.

Il metabolismo basale non è sufficiente a far riconoscere casi gravi da casi lievi, può solo indicare, a cura coi raggi già iniziata, se è il caso di continuarla o se deve essere sospesa.

I francesi si sono serviti delle condizioni istologiche per stabilire un « gozzo medico » (follicolare, o adenomatoso diffuso, o vascolare, o fibroso) e un « gozzo chirurgico » (cistico adenomatoso, adenomatoso, pseudocistico vascolare, nodulare fibroso, sempre circoscritto). In pratica non è possibile seguire questo criterio puramente anatomopatologico.

Altri criteri diagnostico-curativi sono quelli basati sull'azione della tiroide sul ricambio (metabolismo basale ricambio azotato, delle albumine, dei grassi, dei carboidrati, idrico-salino), sulla termogenesi e termoregolazione, sul sistema osseo e sulla crescita del corpo, sul sistema nervoso, sull'apparato circolatorio, sulla biochimica del sangue, sulla psiche. Ma nessuno di questi dati ha valore assoluto, dovendosi orientare caso per caso tenendo conto della valutazione d'insieme.

Gli ipertiroidismi di lieve entità (quelli detti temperamentali) sono quelli che risentono di più della *cura medico-dietetica*, che consiste nella limitazione delle proteine e aumento degli idrati di carbonio e dei grassi. Come coadiuvanti: riposo muscolare, quiete psichica, barbiturici, bromuri, valeriana, arsenico, lecitina, fosforo, calcio.

I sali di chinino sono consigliati per i disturbi cardiaci.

Gli americani consigliano iodoterapia prolungata, a piccole dosi, ma ad intervalli. Ma l'efficacia è temporanea, tanto che alcuni la consigliano solo nel periodo pre- e post-operatorio. Il Pende considera invece pericolosa la cura iodica e consiglia terapia alcalinizzante, antiacidosica.

I sieri antitiroidei giovano solo nelle forme lievi. Può essere utile l'opoterapia genitalica.

Il clima marino è sconsigliato, mentre giova quello di montagna.

È indicata la *cura chirurgica* in casi che per il volume di gozzo mettono in pericolo la vita del malato e quelli che non hanno avuto nessun giovamento o sono peggiorati colla cura medico-dietetica e radioterapica.

La mortalità degli operati oscilla in Europa fra il 4 e il 30 %; in America fra 1/2 e 1 % (però in America gli interventi sono prevalentemente fatti in casi di adenoma tossico).

I risultati operatori a distanza sono ottimi (regressione della sintomatologia nel 75-90,5 per cento).

La radioterapia è il metodo più moderno. L'A. segue la classificazione di Hess: 1) tireotossicosi (Basedowoidi e ipertiroidismi parziali di Pende); 2) struma basedowificato (adenoma tossico); 3) Basedow classico.

Il 1° gruppo, clinicamente meno grave, è meno radiosensibile; gli altri due gruppi beneficiano di più della radioterapia e questa è tanto più efficace quanto più la tiroide sta nel centro dello svolgimento dei fatti (perchè si tratta di un complesso di sintomi che non sono solo a carico della tiroide).

Non ha nessun fondamento l'opinione largamente diffusa che la radioterapia provochi aderenze e alterazioni vascolari che ostacola un eventuale intervento successivo. Gli incidenti radiodermitici si evitano con una tecnica accurata. La comparsa di mixedema dopo le irradiazioni è facilmente evitabile: bisogna sospendere le irradiazioni appena il metabolismo basale sia ritornato al normale.

Le riacutizzazioni dell'ipertiroidismo non si possono attribuire ai raggi Roentgen perchè si hanno spontaneamente e con altre cure.

La morte improvvisa può verificarsi anch'essa indipendentemente dalla terapia coi raggi. Ne sono noti 28 casi nella letteratura, quindi anche se si dovesse imputarli ai raggi, la mortalità per radioterapia verrebbe ad essere notevolmente inferiore a quella per intervento chirurgico.

L'azione dei raggi si esplica non con una modificazione istologica ma funzionale pel tramite dei nervi, e precisamente pel vago (laringeo superiore e ricorrente) e gran simpatico (plesso cervicotiroideo).

La radioterapia ha il beneficio di agire su tutta la tiroide e di poter agire selettivamente, perchè si sa che i tessuti a comportamento biochimico patologico sono più radiosensibili di quelli normali.

Holfeder, Paulian, Pende considerano radioterapizzabili tutte le forme di ipertiroidismo, dal semplice, parziale al m. di Basedow.

Si deve considerare guarito il malato che anche senza scomparsa totale dei sintomi, è in condizione di ritornare al lavoro.

Recentemente si fanno applicazioni anche ad altre ghiandole (specialmente ipofisi) nei casi in cui sono interessati più organi endocrini. Molta importanza si dà anche alle irradiazioni del timo.

La radioterapia non riduce mai completamente (e se la riduce, lo fa con molta lentezza) la tumefazione tiroidea, ha azione incostante sull'esoftalmo, mentre agisce notevolmente sulla tachicardia, sui disturbi nervosi (tumori, cefalee, insonnia) e sui disturbi di carattere secondario (scialorrea, diarrea, tosse spasmodica, poliuria, amenorrea).

L'irradiazione deve essere preceduta da accurato esame radiologico per mettere in evidenza eventuale persistenza del timo o presenza di gozzo retrosternale.

L'A. inizia la cura con tensione da 135 a 140 Kv, con filtro di 1/2 mm. di Zn o di Cu e 3 Al, a 30 cm. di distanza focale, su campi 6 × 8, usando da 1 a 3 porte d'entrata. All'inizio non più di 10 % HED per ogni porta d'entrata. In media si fanno 3 cicli di irradiazione (4-6 applicazioni per ogni ciclo) a giorni alterni e per ciascun lobo con dose a focolaio e per ciclo di 320-480 r. Ogni ciclo di irradiazione è separato dal successivo da intervallo di 20 giorni.

Nei 71 casi da lui trattati ha avuto 33 guariti, 17 fortemente migliorati, 13 migliorati e 8 non migliorati.

L.

EMATOLOGIA.

Le anemie agastriche.

(R. Leroux e E. Vermes. *Le Sang*, marzo 1939.)

Attualmente molti lavori fisiopatologici e clinici mostrano la grande importanza che lo stomaco ha nella regolazione dell'emopoiesi.

Gli AA. riassumono anzitutto i concetti attuali sulla patogenesi dell'anemia perniciosa (valore del principio antianemico, importanza relativa dell'achilia nell'insorgenza dell'anemia perniciosa) e sulla patogenesi dell'anemia essenziale, microcitica (alterazioni del metabolismo dell'emoglobina e dell'assorbimento del ferro in rapporto alle alterazioni gastriche). È discussa anche l'importanza del fattore costituzionale ereditario nelle anemie in genere, sostenuta dall'esistenza di famiglie con più casi di anemia perniciosa o di anemia ipocromica o di passaggio di una all'altra di queste anemie).

È infine trattata l'anemia agastrica nell'uomo: con questo termine si intendono tutte quelle anemie che possono essere messe in rapporto con un'operazione qualsiasi sullo stomaco (resezione, stomia). Nei casi di *gastrectomia totale*, pochi quelli sopravvissuti all'operazione, sarebbe molto alta la percentuale di anemia perniciosa successiva. Nelle *gastrectomie parziali* si ha un numero relativo abbastanza elevato di anemie perniciose, però il numero assoluto in rapporto alla grande frequenza delle gastrectomie, è molto basso. Dopo *gastroenterostomia* furono ugualmente segnalate anemie perniciose però è più che altro l'anemia ipocromica che si può osservare nel seguito di queste operazioni. Ci sono però delle obiezioni: sembra che il numero delle anemie osservate dopo operazioni sullo stomaco non sia più alto di quello che si osserva nelle persone « non operate » della stessa età. C'è poi l'obiezione che se la teoria di Castle fosse esatta in ogni resezione totale dovrebbe insorgere un'anemia perniciosa. A questa si può rispondere che la resezione difficilmente può essere totale, che possono esservi frammenti di mucosa gastrica nell'esofago. Alcuni pazienti poi sopravvivono troppo poco tempo per poter mostrare l'anemia perniciosa, potendo supplire le riserve di principio antianemico contenute nei vari organi e dovendo tener conto anche della produzione del fattore intrinseco oltre che dello stomaco anche del duodeno. Nonostante le varie obiezioni che rispecchiano altrettanti punti oscuri, sembra che queste anemie agastriche post-operatorie esistano veramente, ciò sarebbe confermato anche dalla comparsa di anemie agastriche sperimentali nel cane, nel ratto, coniglio, scimmia, maiale. Dopo estese operazioni sullo stomaco si ha frequentemente una anemia agastrica per lo più ipocromica, microcitica.

Concludendo benchè esistano ancora vari punti oscuri specie riguardo ai fattori extragastrici dell'anemia, è da ammettere che esistano certamente delle anemie in diretto rapporto con operazioni gastriche.

F. Corelli.

L'anemia nel morbo di Bright.

(M. Loeper e P. Perreau. *Les sang*, n. 2, 1939).

Scopo di questo lavoro è quello di discutere alcuni elementi della complessa patogenesi dell'anemia nel morbo di Bright. La coesistenza dell'anemia col morbo di Bright fu per prima segnalata da Bright e poi studiata da vari AA. (primi fra i quali Hayem, Widal, Abrami, Brulé, ecc.).

L'anemia nel morbo di Bright può essere accompagnata da edemi, azotemia, ipertensione arteriosa, splenomegalia o da manifestazioni emorragiche.

Da un succinto richiamo alle particolarità ematologiche di questa anemia, risulta che:

1) essa si presenta nel 12, 14 o 15 % dei casi di nefrite cronica;

2) essa è, in generale, isocroma, spesso ipocroma, eccezionalmente ipercroma; è dunque proteiforme, polimorfa e variabile nei suoi caratteri;

3) essa spesso è accompagnata da leucocitosi sanguigna (nel 50 % dei casi) e l'eosinofilia non è eccezionale;

4) non si accompagna a segni di emofilia, emogenia, fragilità vascolare e l'esame degli organi emopoietici mostra, nel midollo osseo una certa inibizione senza grande variazione della formula e nella milza un certo grado di siderosi.

Concludendo, questa anemia può esser posta a lato delle anemie da cachessia, da emolisi e da carenza. Essa sopravviene nei brightiani edematosi, ipertesi o iperazotemici.

I diversi meccanismi con i quali può venire spiegata l'anemia nel morbo di Bright sono i seguenti:

Diluizione sanguigna (l'acqua, ritenuta nei tessuti, invade anche il mezzo sanguigno, il volume del sangue si accresce e i globuli rossi sono più dispersi).

Carenza alimentare (il regime troppo stretto produce prima carenza di albumina, poi di ferro, e quindi una vera avitaminosi).

Emolisi per ipertensione (la siderosi splenica, qualche volta repertata in individui morti di nefrite cronica, e studiata da diversi autori, può, secondo l'ipotesi di Volhard, esser dovuta alla grande contrazione dei vasi e alla pressione elevata).

Emolisi per acidosi (l'acidosi sanguigna nelle nefriti croniche può portare all'emolisi).

Azione tossica dell'urea e di numerose basi aminacee (tiramina, istamina, prolina, creatinina, ecc.), che probabilmente agiscono in tre maniere: emolisi, inibizione della rigenerazione sanguigna e difficoltà respiratoria dei tessuti.

La terapia di queste anemie dovrà inspirarsi alle diverse patogenesi studiate:

— piccole trasfusioni sanguigne (150-200 cmc. iniettate molto lentamente);

— epatoterapia;

— estratti renali (meglio tollerati per via orale);

— regime alimentare (carne o prosciutto ogni due giorni; alimenti crudi come latte, noci secche, orzo, melassa, cereali);

— intestino (combattere l'acidità intestinale, per impedire la fermentazione, con estratti pancreatici, carbone, ecc.).

S. F.

Il valore clinico dell'esplorazione della coagulabilità del sangue per la coagulo-retrattorisometria nelle malattie interne.

(L. BLACHER, *Le sang*, n. 2, 1939, pag. 140).

L'A. mette prima di tutto in evidenza l'importanza del valore clinico della coagulabilità del sangue, specialmente per il problema ancora da risolvere se ogni malattia può provocare oscillazione della coagulabilità e se queste oscillazioni possono determinare lo stato emorragico.

In questo lavoro, risultato dallo studio del sangue di 147 malati, l'A. ha potuto constatare che:

Negli stati morbosi si osservano modificazioni non solo delle reazioni della coagulabilità del sangue, ma anche della struttura dei coaguli che, secondo le loro proprietà fisiche, possono essere classificati in: coaguli duri, molli e liquidi.

Nelle malattie interne, gli scarti nel corso della coagulabilità del sangue sono variati e tipici per ogni malattia separatamente.

Negli stati emorragici sono caratteristiche la quantità, qualità e ampiezza degli scarti della coagulabilità del sangue. Tali caratteristiche possono divenire preziose per scoprire la natura dell'agente patogeno e per il pronostico.

Nell' anemia ipocromica gli scarti della coagulabilità del sangue possono annunciare sia una emorragia imminente, sia una emorragia occulta.

Nell'anemia perniciosa la cura del fegato accelera l'apparizione della retrattilità del sangue coagulato e ne aumenta la forza.

L'A. conclude che le oscillazioni della fase di coagulabilità non dipendono dallo svolgersi della reazione di retrattilità e dalla sua forza; la forza retrattile del coagulo molto spesso proviene dall'evoluzione della reazione di retrattilità del sangue coagulato.

La particolarità delle caratteristiche, nel corso della coagulabilità del sangue in malattie diverse, procura ad ognuna di queste malattie un sintomo patognomonico nuovo che può contribuire non solo alla diagnosi ma anche alla prognosi.

Gli scarti della coagulabilità del sangue sono in diretto rapporto con lo stato del fegato e della milza; questi partecipano attivamente al processo della coagulabilità: il primo producendo ed immagazzinando le sostanze necessarie per il processo stesso e la seconda regolarizzandone le fasi.

S. F.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

GIRONES-ALSINA, BALTAR, ecc. *Cuestiones medico-chirurgicas de guerra*. Quartiere generale del Corpo d'esercito di Galizia, Castellon de Le Plana, 1938.

Dedicato ai sette ufficiali medici caduti, del Corpo di Sanità militare sul fronte asturiano, questo volume redatto in vari capitoli sotto la direzione di L. Girones, da medici che hanno dato la loro opera nella guerra di Spagna, ha un suo interesse affatto particolare che lo raccomanda subito al lettore. Esso rappresenta l'esperienza fatta da medici in guerra e tratta dei problemi nuovi e del tutto speciali che il medico militare deve risolvere; frutto di una riunione di sanitari tenuta allo scopo di precisare direttive sull'esperienza fatta durante la campagna delle Asturie. Baltar Dominguez, già professore ausiliario alla facoltà medica di Santiago, illustra la fisiopatologia, la clinica e il trattamento delle ferite recenti di guerra, con spirito aderente alla realtà e con una interessante documentazione iconografica; Miguel Parrilla Hermida in alcune note sulla missione del medico militare tratta dei problemi inerenti allo smistamento dei feriti attraverso i vari organi sanitari dal posto di battaglione ai nuclei chirurgici, agli ospedaletti, proponendo modifiche a lui suggerite dall'esperienza ai fini di una più sollecita distribuzione dei feriti.

Le ferite dell'addome sono ampiamente trattate da Antonio Sierra Fornies, capo del 10° centro chirurgico; egli ritiene che l'addominale debba essere trasportato al chirurgo entro le sei ore e si debba intervenire urgentemente per poter ottenere dei buoni risultati; la prognosi varia a seconda del tempo intercorso dal momento in cui il paziente è stato ferito a quello in cui è affidato al chirurgo, allo stato generale in rapporto anche alla stagione; la mortalità che è stata del 42 % in estate era in inverno del 73 %! José Eguiagaray documenta le difficoltà del trattamento razionale delle ferite e delle fratture degli arti e Ramon Zorrilla Polanco tratta della cura delle ferite toraciche su un totale di 1200 ricoverati nell'ospedale di Sangre. I problemi inerenti alle ferite del cranio e del rachide sono illustrati da Barcia Goyanes, insieme alla cura delle lesioni dei nervi periferici, in cui chirurgicamente ha ottenuto ottimi risultati e quelle della faccia e del collo da Fernando Alsina.

Se in ogni campo della medicina la trasfusione sanguigna ha trovato campo di affermare le sue possibilità, è proprio nella chirurgia d'urgenza di guerra che questo mezzo è apparso in grande numero di casi veramente miracoloso nella documentazione che ne dà L. Girones, professore di patologia all'università di Santiago di Compostela e capo dell'unità per le trasfusioni dell'VIII corpo d'esercito. Preferita quella diretta con l'apparecchio di Oehlecker, che viene descritto in ogni particolare. Dei gas di guerra si interessa Parrilla Hermida, in via teorica, e José Puente Castro dei reliquati più importanti dei traumatismi accidentali e operatori del torace e dell'addome nei feriti di guerra, specie in rapporto alla localizzazione e all'estrazione dei proiettili.

Alle difficoltà inerenti al recupero dei feriti per reliquati dei traumatismi dell'apparato locomotore dedica alcune osservazioni Garcia Diaz, José Hermida al recupero degli ammalati e feriti dei vari apparati e Garcia del Villar alla ortopedia odontologica. Lopez Cotarelo presenta schematicamente l'impostazione del servizio sanitario in guerra, illustrando le mansioni del medico ai vari posti di battaglione, di reggimento, avanzati e negli ospedali da campo.

Il contributo che porta questa raccolta ai vari problemi della medicina castrense è veramente sostanziale, poichè è frutto di esperienza recente e quindi aderente ai problemi modernissimi della guerra, nella quale i mezzi offensivi sempre rinnovantisi hanno necessità di trovare nell'impiego dell'attrezzatura sanitaria per il recupero dei feriti sopratutto rapidità e modernità di vedute.

G. BENDANDI.

BOTREAU-ROUSSEL. *Clinique chirurgicale des pays chauds*. Un volume di pag. 336 con figure. Ed. Masson, Parigi, 1938, Fr. 80.

Il libro scritto dal Botreau e da numerosi collaboratori è frutto delle osservazioni e della pratica fatta dagli AA. nella loro lunga permanenza nell'Africa francese. Con stile molto chiaro vengono esposte le nozioni accuratamente aggiornate e passate al vaglio dell'esperienza personale del collaboratore. Vi troviamo capitoli su malaria e chirurgia, sulla chirurgia delle dissenterie e coliti tropicali, ascessi del fegato, filariosi, elefantiasi, adeniti, funiculiti tropicali, infezioni stafilococciche dei negri, ascaridiosi chirurgiche, bilarziosi chirurgiche, complicazioni chirurgiche della brucellosi, ulcere fagedeniche, framboesia, tubercolosi dei negri.

L'interesse che ha incontrato il libro tra i medici coloniali francesi è indice della sua utilità nell'esercizio in colonia.

Ci auguriamo che la nostra letteratura, che ha opere così importanti di malattie tropicali, si arricchisca presto di un libro simile a indirizzo prevalentemente chirurgico che rifletta l'esperienza dei chirurgi italiani che esercitano nelle terre africane del nostro Impero.

VALDONI.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

HARVEY CUSHING. *Tumeurs intracraniennes.* Étude analytique de 2000 tumeurs vérifiées et de leur mortalité opératoire. Paris, Masson et C.ie, éditeurs, 1937.

La neuro-chirurgia giovane espressione della chirurgia generale, che vecchia di anni ha di recente in tutti i campi data prova luminosa di possedere, in piena vitalità, i germi di un continuo e progressivo rinnovamento e di un dinamismo sempre pronto a nuove audaci imprese, rappresentava sino a venti o al massimo trenta anni indietro una terra ignota e inesplorata, a cui il navigante anche il più rischioso trepidava di accostarsi.

L'opera del Cushing, fissata in questo volume, è quella dell'esploratore, forte di un suo convincimento rispondente ad una vasta e profonda preparazione, che spezza gli indugi e invade la nuova terra, piena di sorprese e di pericoli, ma anche di possibili gloriose azioni. È l'opera di un grande maestro, sicuro di se stesso, e che presenta al gran pubblico medico-chirurgico il materiale documentario di 2000 tumori encefalici, controllati e completamente studiati sino alla primavera del 1938, e che rappresentano trenta anni di ricerche.

La grandiosità del lavoro spiega e giustifica pienamente il grandissimo successo, l'enorme eco che destò in tutto il mondo scientifico, la sentita necessità di traduzioni, tra cui vanno ricordate quella tedesca del dott. F. K. Kessel, a cui l'autore apportò modificazioni e aggiunte, e questa francese del dott. I. Rossier, pubblicata dal Masson in lussuosa edizione, ove risultano con particolare chiarezza le molte riproduzioni fotografiche, che corrispondono al materiale clinico e anatomo-patologico raccolto nel laboratorio della Facoltà di medicina di Iale. È lo stesso laboratorio in cui esiste quel « Registro dei tumori cerebrali », che permette di seguire gli ammalati, sopravviventi all'intervento operatorio, in tutta la loro vita seguente. È così che è stato possibile al Cushing nella sua opera prospettare la maggiore e più esatta statistica che si conosca sulla mortalità operatoria, sui fattori che vi hanno concorso, e sui risultati prossimi e lontani dell'intervento con il relativo apprezzamento, nonchè sul numero di ammalati che hanno acquistata la loro completa reintegrazione anatomo-fisiologica, la loro guarigione sociale.

È importante rilevare uno speciale aspetto utilitario della « statistica sulla mortalità », che è quello dimostrativo degli effetti del progressivo miglioramento della tecnica operatoria nel campo neuro-chirurgico, dal che derivano gli elementi essenziali a incoraggiare sempre più la chirurgia del sistema nervoso centrale.

Dall'epoca ormai lontana del pessimismo di von Bergmann, dalle prime esperienze tutt'altro che incoraggianti del Kocher, l'intervento chirurgico nel trattamento dei tumori intracranici ha fatto dei progressi giganteschi, e nessuno potrà mettere in dubbio che il Cushing ne fu il maggiore e geniale propulsore. Da qualche anno gli effetti della sua opera, e di quella dei suoi coadiutori, si sono fatti sentire anche in Italia, ove il buon seme sta dando frutti che meritano la nostra particolare attenzione ed il nostro incoraggiamento.

G. MÒGLIE.

M. ISELIN. *Chirurgie de la main.* Un volume di pagg. 320 con 135 figure. Edit. Masson, Parigi, 1939. Fr. 65.

Il libro di Iselin ha già raggiunto la 3ª edizione; ora se ne differenzia dalle precedenti per essere diviso in due volumi; del 2° che tratterà la chirurgia riparatrice delle lesioni della mano e la cura delle affezioni acquisite e congenite si annunzia la pubblicazione.

Questo primo volume è tutto dedicato alle ferite, infezioni e traumatismi della mano. Queste lesioni non sono solo di pertinenza del chirurgo; si può dire che non esista medico che non abbia avuto occasione di curarle.

Purtroppo nella maggior parte dei casi, i metodi curativi che vengono impiegati sono errati e portano a conseguenze di grande importanza in relazione al valore funzionale delle dita e della mano; basta citare ad es. l'incisione di paterecci fatta sulla linea mediana dei polpastrelli con esito in una cicatrice che è forzatamente seguita da un'alterazione della funzione anche se non vi saranno retrazioni e complicazioni infettive delle guaine. Le statistiche delle società di assicurazioni dimostrano l'importanza di una cura esatta fin dall'inizio anche nelle ferite della mano e delle dita in quanto spesso lesioni di minore importanza possono complicarsi e avere lunghe sequele e portare a un'alterazione funzionale anche molto notevole.

Ogni medico che ha occasione o avrà occasione di praticare questi atti di piccola chirurgia, dovrebbe aggiornare le sue cognizioni sull'argomento, cognizioni che hanno già trovato il loro posto nei Trattati più recenti come quello dell'Alessandri e che sono esposte in questo libro con particolare ampiezza. E questo sarà utilmente consultato anche da chirurgi che occupati specialmente nella chirurgia dell'addome non hanno seguito gli studi su questo tema fatti recentemente dal Kanavel, da Iselin, da Böhler e che sono importanti in rapporto all'aumento nella frequenza degl'infortuni industriali e agricoli. VALDONI.

JOSE M. A. DELRIO. *Necrosis aguta del pancreas.* Ed. A. Lopez. Buenos Aires, 1937.

La monografia è stata suggerita all'A. dall'osservazione personale di 35 casi cui aggiunge altri 20 raccolti nello stesso ospedale.

Precede uno studio sulle varietà nello sbocco del coledoco e del dotto pancreatico che è comune nel 60 % dei casi; con la stessa percentuale ammette che la patogenesi della necrosi acuta pancreatica sta nel riflusso biliduodenale.

La malattia non è rara e la diagnosi è possibile nella maggior parte dei casi sia in base ai sintomi clinici che a ricerche di laboratorio. La cura chirurgica nei casi acuti e subacuti non è indicata, però in alcuni casi il drenaggio della capsula pancreatica e delle vie biliari può dare risultati favorevoli. VALDONI.

SCAVO E. *Sul mediastino posteriore del bambino. (Ricerche anatomo-topografiche col metodo dei tagli seriali)*. Estratto da ricerche di Morfologia. Vol. in-8° di pag. 93. Rosenberg & Sellier, Torino, 1938.

L'A. ha studiato il mediastino posteriore del bambino con tagli in serie condotti a brevissima distanza tra loro., La ricerca è eseguita con tecnica poco comune e tanto più pregevole in quanto non altera i rapporti. Il materiale è abbondante; l'osservazione dei reperti è fatta con grande diligenza. Ad un'analisi minuta dei rapporti di tutti gli organi del mediastino posteriore nelle varie sezioni, segue una sintesi nella quale vengono presi in considerazione organo per organo, direzione e rapporti. Per quanto riguarda questi ultimi si conclude che mentre essi sono abbastanza costanti nella parte bassa della regione, nella parte alta sono variabili indipendentemente dall'età, da soggetto a soggetto, sia in rapporto all'altezza alla quale giunge la porzione orizzontale dell'arco dell'aorta, sia in ragione della più o meno precoce biforcazione della trachea.

Alcune deduzioni nei riguardi fisiologici vengono fatte a proposito del dotto toracico e si rilevano particolari interessanti, anche dal punto di vista pratico, circa il comportamento della trachea e dell'esofago nella parte alta del mediastino posteriore.

La monografia, illustrata da una ricchissima documentazione fotografica, migliora effettivamente la conoscenza anatomo-topografica del mediastino posteriore. A. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 28 marzo 1939-XVII
Presidente: Prof. S. CITELLI.

Produzione sperimentale di sarcoma nel testicolo di mus decumanus con 1-2 benzopirene.

GULLOTTA G. — L'O. ha voluto sperimentare l'azione dell'1-2 benzopirene in soluzione oleosa iniettato nel parenchima testicolare. L'alta percentuale di sviluppo di masse neoplastiche nel tessuto iniettato (sarcomi polimorfo-cellulari) conferma l'azione indiscutibilmente oncogena di questo particolare prodotto, ricavato dagli idrocarburi aromatici policiclici.

Criteri da seguire nella classificazione di taluni sarcomi della prostata.

FRAGOLÀ G. — Un caso di linfoadenosi neoplastiforme prostatica, in un individuo di 65 a., interessante pure sistematicamente tutte le linfoghiandole vicine, permette all'O. d'intrattenersi su alcuni importanti dati che consentirebbero una netta separazione dei cosiddetti sarcomi a piccole cellule rotonde e dei cosidetti linfosarcomi dai veri e proprî sarcomi, e di precisare alcuni criteri da seguire nella classificazione dei sarcomi della prostata.

Grosso "ateroma" della valvola mitrale condizionante stenoinsufficienza.

LA VILLA G. — In un uomo di 72 anni, in corrispondenza della valvola mitrale, l'O. ha riscontrato una formazione risultante di una parete di connettivo e di un contenuto di colesterina, acidi grassi, grassi neutri più granuli di calce. Detta formazione, che in mancanza di ogni altro possibile criterio diagnostico l'O. indica come ateroma, condiziona stenoinsufficienza della valvola mitrale.

Malattia di Di Guglielmo con quadro anatomo-patologico di mielosi eritremica sistemica.

PARADISO F. e REITANO R. — Si descrive un caso di malattia di Di Guglielmo, in un ragazzo di 10 a. morto dopo 4 mesi e 1/2 dall'inizio del male. Anatomicamente la nota saliente è costituita dall'interessamento sistemico oltre che del complesso splenoepatomieloghiandolare, dei reni, ureteri, testicolo, delle tonsille, del tessuto adenoide, del tessuto gastro-enterico, dei polmoni e bronchi, del cuore, della pachimeninge cerebrale. Il quadro anatomico descritto per numero di parenchimi interessati e per intensità di lesioni non è da meno del quadro più classico di mielosi leucemica sistematica.

Voluminoso ascesso della parete gastrica. Resezione gastrica. Guarigione.

MALAN E. — Un giovane di 28 a., pochi giorni dopo aver sofferto una tonsillite, viene colto da febbre alta e quindi dopo 3 giorni da un dolore acutissimo all'epigastrio; in breve tempo sopravviene una sintomatologia di lesione acuta, probabilmente suppurativa dell'addome alto. Gli esami clinici eseguiti convalidarono il sospetto precedente e l'ammalato venne sottoposto all'intervento con la diagnosi di probabilità di empiema della cistifellea, verso cui portavano alcuni sintomi dell'esame obbiettivo. All'intervento fu messo in evidenza un voluminoso ascesso dello stomaco con aderenze al fegato, all'omento e al colon. Aperto l'ascesso durante le manovre di scollamento, lo stomaco venne resecato. Il decorso fu ottimo sotto ogni rapporto e ne seguì una completa guarigione. L'O. descrive l'aspetto anatomopatologico della lesione, soprattutto dal punto di vista istopatologico, confermando la diagnosi operatoria e mettendo in evidenza alcuni particolari del tessuto in esame. La sede dell'ascesso era in prevalenza nella sottosierosa e nella muscolare; l'O. pensa che il fatto iniziale sia avvenuto nella sottomucosa e che quindi si sia esteso per continuità o per via linfatica. La via ematogena fu probabilmente quella che portò l'infezione alla parete gastrica; in questo caso la tonsilla sarebbe stata la porta d'entrata. L'O. termina con alcune considerazioni sulla diagnosi e sulla prognosi dell'affezione; infine espone le ragioni di scelta fra i varî tipi di interventi che lo hanno guidato durante l'operazione.

Il vice-segretario: prof. G. B. COTTINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

Classificazione clinica delle cardiopatie congenite.

P. Cossio (*Cuore e Circolazione*, marzo 1939) stabilisce una classificazione clinica delle cardiopatie congenite, mettendo a base di essa la cianosi, elemento di importanza essenziale perchè è un carattere più specifico di cardiopatia congenita che non il rumore di soffio, il quale serve invece come carattere secondario, per i sottogruppi.

Risultano così divise tali cardiopatie:

1) *Acianotiche*, in cui non vi è anormale comunicazione fra le cavità destre e sinistre. Si suddividono in: *a)* senza soffio (Destrocardia semplice; cardiomegalia congenita; arco aortico a destra e doppio arco aortico; bicuspide aortica e fenestrazione delle sigmoidi aortiche); *b)* con rumore di soffio (Stenosi subaortica; coartazione dell'aorta).

2) Con *cianosi occasionale o tardiva*. In queste, vi è bensì un'anormale comunicazione fra cavità destre e sinistre, però con corto circuito artero-venoso, che occasionalmente può invertirsi. Si suddividono in: *a)* senza soffio (comunicazione interauricolare); *b)* con soffio (persistenza del condotto arterioso; comunicazione interventricolare; stenosi polmonare).

3) *Cianotiche*, con anormale comunicazione fra cavità destre e sinistre, con corto circuito venoso arterioso permanente o trasposizione dei grossi vasi: *a)* senza soffio (stenosi od atresia tricuspidale con comunicazione interauricolare; trasposizione dei grossi vasi; cuore triloculare biventricolare o biauricolare); *b)* con soffio (Tetrade di Fallot o malattia di Corvisart; Eisenmenger complesso; trasposizione dei grossi vasi con comunicazione interventricolare; persistenza dell'ostio comune auricolo-ventricolare; destrocardia incompleta).

Nel lavoro originale, si trovano i particolari sulle singole cardiopatie che guideranno al loro riconoscimento. *fil.*

Su un blocco A-V. che non è dovuto nè alla vagotonia, nè a una lesione.

Il blocco s/a o a/v è generalmente attribuito a difetto di conduzione o per vagotonia o per lesione del fascio.

Le osservazioni di E. De Somer (*Le Scalpel*, 1° aprile 1939) sul polso trigemino in- ed espiratorio risultante da un blocco a/v o s/a come espressione di variazione della frequenza aritmica (grupo di 3) hanno dimostrato errata questa opinione. Non si può ammettere un'origine vagale, perchè, bisognerebbe ammettere uno stato di vagotonia nella inspirazione che è invece il tempo della vagolisi con accelerazione.

Ci sono altri argomenti a favore di questo modo di pensare.

L'adrenalina endovenosa nel cane sopprime il P e produce una prima fase di bradicardia con elettrocardiogramma caratteristico. Il P non è soppresso se l'adrenalina è adoperata dopo narcosi col cloroformio e in questo caso anche la bradicardia è meno netta, l'aumento della pressione è attenuato. Si ha però un'azione diversa sull'orecchietta e sul ventricolo, per cui si ha una parasistolia, perchè solo le sistoli vicine al P sono influenzate dal seno.

Dopo l'uso di peptone, che è esso pure vagolitico, si hanno pure delle parasistolie con predominio di G.

Da queste osservazioni si deve anche dedurre che l'azione dell'adrenalina è in parte intracardiaca e in parte extracardiaca e che le anomalie elettrocardiografiche che essa produce devono avere origine extracardiaca e precisamente bio-emodinamica. L.

Insufficienza cardiaca e nefrite acuta.

La frequenza dell'insufficienza cardiaca nella nefrite acuta varia secondo i criteri adottati per il suo riconoscimento e l'accuratezza con cui viene ricercata. Accade così che secondo diverse statistiche essa varia dal 17 al 50 %. In 128 casi di nefrite acuta alla clinica Johns Hopkins (*Lancet*, 8 aprile 1939, editoriale), si sono trovati segni d'insufficienza cardiaca nel 71 %. La nefrite, in tutti i casi, era consecutiva ad infezione streptococcica ed è stata quasi sempre osservata nei primi stadi.

I sintomi del cedimento cardiaco si sono manifestati con la comparsa della nefrite o pochi giorni dopo; il sintoma principale è stata la dispnea che talvolta ha progredito fino all'ortopnea. I radiogrammi in serie hanno dimostrato dilatazione cardiaca, che andò regredendo col miglioramento delle condizioni cardiache; vi erano anche modificazioni dei toni e del ritmo; aumento della pressione venosa ed in parecchi casi ingrossamento del fegato. In presenza di un edema renale, era difficile lo stabilire con certezza quanta parte potesse attribuirsi all'insufficienza circolatoria, ma è significativo il fatto che la manifestazione di edema cerebrale o polmonare coincideva, nella maggior parte dei casi, con la comparsa dell'insufficienza cardiaca.

Tali casi di nefrite sono stati suddivisi in lievi, discretamente gravi e gravi, secondo i caratteri clinici. Il cedimento cardiaco fu non frequente nei primi, frequente nei secondi e costante nella massima parte dei gravi. Gli AA. rilevano l'importanza di risconoscere la condizione cardiaca che, grave per sè stessa, lo diventa doppiamente quando l'insufficienza circolatoria danneggia ulteriormente il rene

già leso. In molti pazienti, la digitale ad alte dosi si è mostrata efficace in parecchi pazienti con grave cedimento cardiaco. *fil.*

TERAPIA

Cura delle cistiti banali.

Il Marion (*Journ. des praticiens*, 22 marzo 1939) chiama cistite banale un'infiammazione delle vescica da germi banali, più spesso colibacilli, stafilococchi, streptococchi, non provocata da cause prostatiche, vescicali o renali.

La prima cosa da fare nei casi di una cistite è l'esame batteriologico delle urine, anche se le urine hanno aspetto limpido. Poi si farà una cistoscopia, che potrà mettere eventualmente in evidenza un calcolo o un tumore.

Nelle infiammazioni anche la cistoscopia mostrerà mucosa arrossata, con pliche, edematosa, con aspetto cerebriforme. Più spesso si ha solo arrossamento diffuso o circoscritto con aumento di volume dei vasi. Accanto a queste modificazioni ci possono essere ulcerazioni, chiazze sanguinanti, ulcerazioni ricoperte da cristalli.

Nella cistite acuta si deve prima di tutto calmare i dolori, anche perchè così si diminuisce la frequenza della minzione. Utili sono le supposte all'eroina (eroina e belladonna anacentigr. 1 o 2, burro di cacao gr. quattro) o all'eubina (1-2 centigrammi). Utili anche i clisteri: antipirina 1-2 gr., laudano 10-20 gocce, acqua calda gr. 60. Non si dovrà esitare a ricorrere alle iniezioni di morfina, di pantopon, di sedol. Utili anche i bagni caldi e le applicazioni al basso ventre di compresse caldoumide con laudano.

Il malato non deve rimanere in letto per evitare la congestione del piccolo bacino. Non si darà urotropina, che può aggravare i dolori e i fenomeni dolorosi. Si useranno l'uroseptina, l'urisanina, il collargolo, il rubiazol.

Non si devono fare lavaggi locali, ma solo istillazioni. Un'ora dopo un'iniezione o una supposta sedativa si istillano in vescica 5 cc. di soluzione di nitrato d'argento all'uno per cento e si ripeterà a giorni alterni.

L'alimentazione abituale può essere continuata con esclusione di eccitanti (spezie, caffè, alcoolici, birra). Utili le tisane.

Se nella cistite anche esiste un ostacolo meccanico alla minzione (ipertrofia prostatica, stenosi uretrale) è necessario mettere un catetere a permanenza.

Nella cistite subacuta si useranno calmanti, ma in dosi minori e gli stessi antisettici suindicati. Nelle cistiti da stafilococchi, che poco giovamento ritraggono da questi medicamenti, è bene usare il novarsenobenzolo per via endovenosa. Si faranno lavaggi vescicali all'ossicianuro di mercurio al 0,25 per mille. Se con questa soluzione si ha reazione vescicale, si diminuirà la concentrazione (0,20-0,10 per mille). L'ossicianuro di mercurio non si deve dare a malati che prendono ioduri e viceversa.

Il lavaggio vescicale va sempre fatto col catetere; la quantità usata deve essere tale da non provocare una distensione della vescica. Inoltre non deve essere seguito da svuotamento completo della vescica. Si comincerà quindi col saggiare la capacità vescicale. Se la capacità è di 80 cc. si inietteranno 60 cc. di liquido e di questo si toglieranno poi solo 40 e si continuerà così ripetutamente finchè il liquido estratto fuoriesca limpido. A volte bastano 300-400 cc., a volte molto di più (anche più di un litro). I lavaggi vescicali si continueranno finchè le urine siano diventate sterili.

Nei casi di cistiti ribelli, bisogna per prima cosa assicurarsi che non esistano cause extravescicali capaci di mantenere la cistite (uretriti, prostatiti, calcolosi renale). Se queste cause mancano si faranno iniezioni endovescicali di 50 cc. di soluzione di nitrato di argento al due per cento, precedute di un'ora da iniezione sottocutanea di morfina.

Se la vescica ha delle ulcerazioni, si folgoreranno queste.

Nelle cistiti blenorragiche il lavaggio vescicale si fa col nitrato di argento, che si adopera anche nelle cistiti emorragiche e nelle cistiti incrostate. In questi ultimi casi si deve qualche volta ricorrere alla folgorazione e anche al raschiamento delle placche e al drenaggio per cistotomia. La cistotomia oggi si usa eccezionalmente nella cura delle cistiti e non si deve fare che dopo essersi assicurati che non si tratti di forme neoplastiche o tubercolari. L.

Cura della enuresi.

A seconda delle cause si possono distinguere i bambini affetti da enuresi in diversi gruppi, e la cura varierà naturalmente da gruppo a gruppo. Vi sono i bambini i quali « dormono troppo profondamente », quelli con « la vescica irritabile » e i « nicturici »: in questi gruppi la componente neuro-psicopatica passa in seconda linea. Sta invece in prima linea in altri enuretici che presentano gravi segni degenerativi di neuropatia e di psicopatia, questi casi sono i più difficili a guarire. Mentre E. Mulert (*Münch. Mediz. Wochenschr.*, n. 6, 1939) attribuendo nella maggior parte dei casi particolare importanza alla componente psicopatica, raccomanda una combinazione di bromuro e di lattato di calcio (0,2 gr. la sera, per 20 giorni, nei bambini grandi 0,5 gr.) che, associata a tintura di noce vomica (tre volte al giorno 5 goccie), e a dieta secca avrebbe dato 53 guarigioni su 69 casi, F. Höfer (ibid.) consiglia una differente terapia a seconda dei singoli casi. Così se il sonno è eccessivamente profondo si otterranno buoni risultati dando la sera preparati di fosforo, in casi di nicturia dando nella mattinata 1-3 tavolette da

0,25 di diuretina e dieta secca dopo le ore 16. Se invece la causa della enuresi si suppone essere una abnorme irritabilità vescicale, riesce vantaggiosa la somministrazione di atropina: tante goccie della soluzione all'1 % quanti anni ha il bambino. In tutti i casi indistintamente ha poi considerevole importanza la terapia psichica: si eviteranno in modo assoluto punizioni e minaccie, ricorrendo invece ai premi e cercando di guadagnarsi la fiducia del bambino e di elevare la sua fiducia in se stesso.

P.

Un metodo contro l'incontinenza notturna di urina.

Bonjour (*Praxis*, 9 aprile 1939) dice di avere ottenuto dei buoni risultati col metodo seguente. Si circonda il pene con delle strisce di sparadrappo, applicandone poi una o due al di sopra allo scopo di chiudere il prepuzio. Nelle bambine, si procede ugualmente con varie strisce trasversali sulle grandi labbra, chiuse poi da una longitudinale. Con questa medicazione occlusiva, l'urina non può scolare ed accumulandosi desta il bisogno nel bambino che in tal modo si sveglia. Alcuni guariscono già alla prima applicazione, mentre in altri occorrono 2-3 settimane.

I pediatri americani hanno applicato un metodo analogo, introducendo il pene in un tubo di gomma di calibro adatto, di cui si chiude l'orificio superiore con una striscia di cerotto. L'A., però, trova più pratico il proprio. L'applicazione va fatta per la prima volta dal medico, ma poi il ragazzo l'apprende facilmente; al mattino, il cerotto si leva con un po' di benzina.

Vi sono dei casi che resistono a tale trattamento; ciò avviene specialmente per quelli che dormono molto profondamente. Si ricorre allora all'ipnosi. Le maggiori difficoltà s'incontrano per le bambine.

È sempre consigliabile di lasciar bere a volontà, il che è utile per facilitare la sensazione del bisogno.

fil

SEMEIOTICA.

Sulla diagnosi differenziale degli edemi.

L'edema consiste in una raccolta di liquido libero nel tessuto connettivo, che si manifesta per lo più con l'edema sottocutaneo, che, se totale, è detto anasarca. Ne è segno la possibilità di imprimere nella cute, colla pressione del dito, una fossetta persistente. Bisogna però sapere, che prima che questo segno compaia, possono raccogliersi nel sottocutaneo fino a 5-6 litri di liquido, come rivela l'andamento della curva del peso a digiuno.

La comparsa dell'edema è sempre un segno di notevole importanza: alla diagnosi differenziale degli edemi dedica un interessante articolo riassuntivo H. von Pein (*Deut. med. Wschr.*, 24 marzo 1939).

Preliminarmente l'A. differenzia la tendenza all'edema dall'edema manifesto. Tra le cause della tendenza all'edema, considera di primissima e fondamentale importanza il disturbo dell'equilibrio fra pressione idrostatica, nei capillari e pressione colloidoosmotica delle proteine del sangue.

La quantità dell'edema dipende moltissimo dalla contemporanea presenza in eccesso nei tessuti di acqua e di cloro, che per essere edematigeni devono essere entrambi presenti, nel rapporto reciproco della soluzione fisiologica. Uno solo dei due, non basta.

Prima di tutto vi è per frequenza l'edema cardiaco, che tra tutti è quello che segue di più la gravità; questo non ne è però un carattere distintivo, perchè comune anche — ad es. — agli edemi da fame.

Poi vi sono gli edemi circoscritti: da tumori mediastinici e polmonari, da tumori del bacino, da gravidanza, da trombosi delle vene.

Anche gli edemi che spesso si vedono negli adiposi, possono essere dovuti a difettoso scarico delle vene per compressione da parte dell'adipe, ma sono in parte secondari a insufficenza relativa del cuore, rispetto alla massa dell'organismo.

Per quanto riguarda gli edemi che spesso si osservano senza cause speciali negli arti paralizzati, sono probabilmente dovuti alla mancanza della forza espressiva della contrazione muscolare.

Si possono avere degli edemi per compromissione dei vasi linfatici, durante l'ablazione della mammella per cancro del seno, oppure anche per una eresipela che ha otturato i vasi linfatici più superficiali.

L'edema di Quinke è dovuto ad un aumento, di origine vasomotoria, della permeabilità delle pareti capillari.

Interessante è l'edema traumatico, che compare anche per traumi lievi nei soggetti nervosi e sensibili, e che è di origine angionervosa e guarisce con la simpatectomia.

Interessanti sono del pari gli edemi quasi sempre mattutini, quotidiani ed estremamente transitori del climaterio, che sono quasi sempre simmetrici, colpiscono la mano o l'avambraccio, e sono piuttosto duri.

Anche le malattie organiche del sistema nervoso possono accompagnarsi ad edemi. L'emiedema degli apoplettici non può essere spiegato con la sola cessazione della pompa muscolare periferica, ma esige l'ammissione di un fattore primitivamente nervoso.

Non meritano cenni speciali l'edema infiammatorio, e l'edema dei nefritici, che non preferisce i punti più declivi, ma i tessuti più lassi.

L'edema da carenza di proteine trova le sue più tipiche espressioni nell'edema nefrotico, e nell'edema da fame. Però anche certi edemi post-operatori, gli edemi dei malati infettivi cronici, dei suppuranti, che perdono quotidia-

namente molto pus, possono essere ricondotti alla ipoonchia per ipoproteinemia.

E dello stesso tipo sarebbe l'edema dell'anemia perniciosa e delle malattie epatiche.

Sono edemi duri quello del mixedema e quello della avitaminosi B2 (che caratterizza la forma idropica del beri-beri).

La pressione col dito può non lasciarvi alcuna impronta, il chè consente di differenziare facilmente queste forme speciali di ritenzione di liquido, dall'edema vero in senso stretto.

M. COPPO.

TECNICA MEDICA.

Vantaggi conseguiti con una modifica alla comune tecnica del sondaggio duodenale.

La modifica proposta da A. Bellomo (*Diagnostica e tecnica di laboratorio*, marzo 1939) consiste nell'uso di un comune sondino di Einhorn collegato mediante tela adesiva ad un altro sondino un po' più lungo del precedente e che termina con un palloncino di gomma (2 mm. di spessore; 5 cm. di lunghezza; 3 cm. di larghezza; capacità: 15 cc.).

Il palloncino di gomma, riempito di acqua o di liquido radio-opaco, ha lo scopo di vincere meccanicamente l'ostacolo del piloro e facilitare il passaggio dell'oliva dallo stomaco in duodeno.

Per il resto la tecnica del sondaggio duodenale è quella comunemente usata.

Col sondino semplice di Einhorn l'A. ha avuto il 58 % di sondaggi riusciti, con la doppia sonda ottenne una percentuale di risultati positivi dell'80 %.

Inoltre la durata del sondaggio viene diminuita con evidente vantaggio dei pazienti, mentre aumentano le probabilità di successo.

L. MARFORI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il mantello acido della cute e la difesa contro i germi.

A. Marchionini e R. Schmidt (*Klinische Wochens*, 1° aprile 1939) stanno compiendo una serie di ricerche (questa è la quinta comunicazione) che dimostrano la protezione contro i batteri che offre la reazione acida della pelle. Gli AA. hanno messo sperimentalmente in rilievo il potere battericida del mantello acido nei punti a cute acida ed hanno osservato clinicamente la diminuita azione protettiva nelle lacune fisiologiche di tale mantello.

La concentrazione idrogenionica (il pH) della superficie nei distretti cutanei ammalati dipende dalla specie del processo patologico. In alcune malattie essa non differisce da quella della cute normale (atrofie, cicatrici, vescicole di disidrosi vera), in altre si ha un netto abbassamento (processi squamosi) ed in altre, invece, il punto neutro viene notevolmente sorpassato dal lato alcalino, sicchè queste parti possono essere considerate come delle vere lacune nel mantello acido: tali sono in genere le malattie con formazione di vesciche e le modificazioni cutanee umide ed ulcerose.

Lo studio della flora batterica in questi territorii ha dimostrato che esiste un rapporto regolare fra costituzione chimico-fisica della superficie cutanea e numero di germi. Con la diminuzione dell'acidità, aumenta il numero dei germi sulla superficie malata; ed anche le parti circostanti ai territori che reagiscono in senso alcalino si mostrano più ricche di germi che quelle dei controlli sani, probabilmente perchè un certo numero di germi è arrivato dalle vicine « Lacune ». La flora batterica più abbondante si trova nelle lesioni umide, bollose ed ulcerose, mentre corrispondono ai controlli normali le superfici a lesioni atrofiche e squamose. La dermatite sperimentale da raggi ultravioletti non provoca regolari modificazioni nel numero dei germi.

Predominano fra i germi che si trovano nelle « lacune » gli stafilococchi (aureo ed albo); seguono, a molta distanza lo streptococco emolitico, il coli, le sarcine, ecc. Nei processi umidi, bollosi ed ulcerosi, si ha la presenza di parecchie specie.

Queste nozioni hanno grande importanza anche per la terapia, in quanto che sarà opportuno che la scelta del rimedio (impacchi, bagni, unguenti, polveri) cada su quelli che possono favorire l'acidificazione.

fil.

VARIA

Un'anticipazione nelle conoscenze sulla malaria.

G. Alberti (*Attualità Medica*, 1939, n. 1-2) ricorda che il medico romano Telemaco Metaxà previde — sia pure in forma vaga ed imprecisa — il compito degli agenti infettivi della malaria e il loro modo di diffusione. In un'opera pubblicata a Roma nel 1837 (Lettere sul cholera, le febbri intermittenti, ecc.), citata dal Marchiafava, egli dice: « Non ripugna pensare che i parassiti delle febbri intermittenti, spenta al primo accesso periodico la prima loro generazione, valgano a eseguire la seconda nello stesso corpo... La durata dell'accesso equivale alla vita del parassita... ». In un'opera ulteriore (Sui principali morbi che dalle paludi derivano all'uomo), pubblicata a Roma nel 1843 e divenuta rarissima egli dice: « Gioverà riflettere che le malattie endemiche delle regioni palustri ad alta temperatura e peculiare condizione geologica non offrono le sole morbose manifestazioni di intermittenze, ma eziandio le infinite varietà di forme remittenti continue, pseudocontinue, larvate, ecc. A render conto in qualche modo della malaria delle paludi potrebbe dirsi che l'umidità, le esalazioni vaporose servono di veicolo a miriadi di esseri organizzati parassiti che si generano nelle acque stagnanti ».

M. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Ufficiali medici per l'A. O. I.

Dalla circolare n. 202 del « Giornale Militare Ufficiale », dispensa 13ª, XVII, riportiamo le disposizioni del R. Decreto n. 2183 (8 dicembre 1938), sul « trattamento economico agli ufficiali medici in servizio nell'Africa Orientale Italiana », che interessa molti colleghi.

(*Omissis*).

Art. 1. — Agli ufficiali medici specialisti in congedo che, previo accertamento della loro specializzazione da parte dei competenti organi tecnici dei Ministeri della Guerra, della Marina e dell'Aeronautica secondo la forza armata alla quale appartengono, ottengano entro il 30 giugno 1939 - XVII, il richiamo in servizio per destinazione come tali nell'A.O.I., con obbligo di tre anni di effettiva permanenza, è concesso un premio di lire 20.000 al netto delle riduzioni di cui RR. DD. LL. 20 novembre 1930-IX, n. 1491, e 14 aprile 1934-XII, n. 561, convertiti nelle leggi rispettivamente 6 luglio 1931-IX, n. 18, e 14 giugno 1934-XII, n. 1038.

Art. 2. — Il premio di cui all'art. precedente è pagabile in due rate. La prima, dopo l'arrivo nella sede di servizio designata nell'A.O.I.; la seconda al compimento del terzo anno di permanenza nell'A.O.I. medesima.

Art. 3. — La prima rata del premio deve essere restituita se, per ragioni disciplinari o in seguito a domanda non determinata da motivi di salute, venga disposto il rimpatrio prima del compimento di diciotto mesi di effettivo servizio nell'A.O.I.

In caso di morte per cause di servizio prima del compimento del triennio di permanenza nell'A. O.I., la seconda rata del premio è dovuta per intero agli eredi dell'ufficiale.

Art. 4. — Agli ufficiali di cui all'art. 1 spetta la licenza ordinaria coloniale soltanto al compimento del triennio di servizio nell'A.O.I. nella misura di giorni 180.

Art. 5. — Il premio previsto dall'art. 1 è dovuto anche agli ufficiali medici specialisti, richiamati dal congedo già in servizio nell'A.O.I. che, previ gli accertamenti di cui all'art. medesimo, chiedano e ottengano entro il 30 giugno 1939 un ulteriore periodo di permanenza nell'A.O.I. della durata di tre anni.

Art. 6. — Gli ufficiali medici specialisti che a norma degli articoli 1 e 5 possono fruire del premio non debbono superare il numero di 20.

Art. 7. — A decorrere dal 1° gennaio 1939-XVII, e per un triennio, agli ufficiali delle varie forze armate in servizio permanente effettivo o richiamati dal congedo, specialisti compresi, già in servizio nell'A.O.I. o che ottengano tale destinazione entro sei mesi dalla data medesima, è dovuta, a titolo di indennità transatta per servizi tecnici di carattere militare che richiedano una percorrenza inferiore ai 10 km., un compenso annuo di lire 2500 al lordo delle riduzioni di cui ai RR. DD. LL. 20 novembre 1930-IX, n. 1491 e 14 aprile 1934-XII, n. 561, convertiti rispettivamente nelle leggi 6 gennaio 1931-IX, n. 18 e 14 giugno 1934-XII, n. 1038.

Il compenso suddetto è corrisposto a quote mensili e non è cumulabile con le indennità di soggiorno e per servizi di presidio quando dovute.

Art. 8. — E' data sanatoria per i provvedimenti adottati dal Ministero dell'Africa Italiana per il trattamento economico degli ufficiali, medici specialisti richiamati dal congedo e destinati come tali nell'A.O.I. anteriormente alla pubblicazione del presente decreto.

Agli ufficiali stessi non sono applicabili le disposizioni di cui agli art. 1, 5 e 7 del presente decreto.

Il Ministero della Guerra (Direzione generale ufficiali in S. P.) comunica che i limiti di età attualmente in vigore sono i seguenti: ufficiali superiori (ten. col. e maggiori) 53; capitani 48; subalterni 38.

SERVIZI IGIENICO-ASSISTENZIALI

L'obbligatorietà della vaccinazione antidifterica

Sotto la presidenza del Presidente Guadagnini e con l'intervento del Sottosegretario di Stato per l'Interno, si è riunita la Commissione legislativa del Senato per gli affari interni e la giustizia.

Sul disegno di legge concernente la obbligatorietà della vaccinazione antidifterica ha parlato il sen. Valagussa, che ha esposto i concetti contenuti nella sua relazione. Il sen. Bastianelli ha insistito perchè si conciliassero le due esigenze dell'obbligatorietà e della gradualità, aggiungendo parecchie considerazioni scientifiche.

Il Sottosegretario di Stato per gli Interni, Buffarini Guidi, ha osservato che il principio dell'obbligatorietà è già da tempo introdotto nella nostra legislazione, perchè una disposizione ministeriale del 22 dicembre 1929 dava facoltà ai Prefetti di rendere obbligatoria la vaccinazione, come misura repressiva, quando si verificassero focolai d'infezione, e come misura preventiva nei luoghi dove fosse ritenuta necessaria. La prassi seguita per oltre 10 anni ha confermato l'assoluta innocuità della vaccinazione antidifterica. Il Ministero, supremo tutore della salute pubblica, prima di presentare il disegno di legge ha richiesto il parere di eminenti corpi tecnici, primo fra essi il Consiglio Superiore di Sanità, ed ha tenuto conto dei voti espressi da consessi di scienziati e da autorevoli riviste tecniche. Nelle numerose città e provincie del Regno in cui si è esercitata la vaccinazione obbligatoria, non si è verificato alcun inconveniente, e lo Stato ha preso tutte le precauzioni perchè il vaccino sia accuratamente preparato, anzi ha stabilito di curarne direttamente la fabbricazione. Oggi i vaccinati contro la difterite sono circa 300.000 e, siccome questi vaccinati diventano alla loro volta portatori di germi, è strettamente necessario che, nel più breve termine possibile, si proceda ad una vaccinazione totalitaria.

Parlano ancora i sen. Felici, Conci, Geremicca ed il Sottosegretario di Stato; quindi il disegno di legge è approvato.

La tessera sanitaria per i domestici.

Al Senato del Regno è stato in discussione il disegno di legge che istituisce una tessera sanitaria per le persone addette ai servizi domestici. Il sen. Maragliano fa notare che si tratta di un'estensione alle persone di servizio delle norme stabilite per gli addetti alla manipolazione e commercio dei generi alimentari. Raccomanda che le visite di accertamento siano eseguite dagli uffici tecnici dei Consorzi provinciali antitubercolari. Hanno anche parlato i sen. Felici, Conti, Maraviglia e Bastianelli, sul segreto medico, sulle modalità della tessera, sull'entità dell'ammenda, sull'estensione della visita.

Il Sottosegretario di Stato per gli Interni ha spiegato come la legge dovrà applicarsi con gradualità, e in primo tempo solo nei riguardi della profilassi antitubercolare. Afferma che la Sanità Pubblica ha il diritto di entrare nelle famiglie per provvedere alle alte esigenze della difesa della razza. In seguito si vedrà se, oltre alla tubercolosi, sarà il caso di premunirsi contro altre malattie infettive, e specialmente contro le manifestazioni sifilitiche. Proprio per questa ragione la visita di accertamento non può dalla legge essere affidata solamente agli uffici tecnici dei Consorzi antitubercolari.

La persona che vuole essere assunta in servizio deve presentarsi con la tessera in ordine; una disposizione regolamentare imporrà l'obbligo della prima visita a coloro che già sono occupati. Quanto alla sanzione ritiene che, per il fatto della evidente correità fra datore di lavoro e lavoratore, non sia opportuno fissare pene diverse. Un'eventuale modificazione all'ammontare dell'ammenda deve aver luogo per ambedue. La tessera è in verità molto complicata, ma, se lo si riterrà opportuno, verrà modificata.

Dopo alcune proposte e osservazioni dei senatori Bastianelli, Maragliano, Casoli, Marco Arturo Vicini, Cagnetta, Guaccero, Ghersi e Felici, che hanno condotto a qualche emendamento, il disegno di legge è approvato.

***

Alla Camera si è riunita, sotto la presidenza di Tringali Casanova, la Commissione legislativa degli affari interni per deliberare nuovamente sul disegno di legge predetto, tornato dal Senato dopo che la Commissione della Camera lo aveva già approvato.

Il presidente ha comunicato che il Senato ha apportato emendamenti al disegno di legge in parola.

Fa presente che il Senato all'art. 1 del disegno di legge ha rilevato la opportunità di modificare il modello della tessera sanitaria allegato al disegno di legge. In seguito però alle osservazioni fatte circa la difficoltà di poterlo modificare senza un riesame del modello stesso, il Senato, d'accordo col Ministro dell'interno, ha modificato l'articolo 1 nel senso che sia delegata al Ministero dell'interno la facoltà di stabilire il modello definitivo della tessera.

Comunica inoltre che il Senato ha apportato un emendamento all'art. 3, riducendo da lire 1000 a lire 500 l'ammenda. Osserva che tale emendamento riflette le osservazioni che furono già esposte dalla Commissione della Camera. Il disegno di legge è stato approvato nel suo testo definitivo.

Per la lotta contro i tumori.

Al Senato del Regno il sen. Felici ha riferito sull'organizzazione e lo svolgimento della « Giornata delle due Croci » e della vendita del bollo chiudilettera, proponendo, d'accordo col sen. Bastianelli, che una piccola parte del provento della « giornata » sia devoluta alla Lega italiana per la lotta contro i tumori.

Il Sottosegretario di Stato dichiara, per quanto a malincuoce, di non poter accogliere l'emendamento se non in qualità di raccomandazione, per tenerne conto negli anni venturi, lusingandosi di poter convincere gli Enti interessati a rinunziare ad una parte della somma a vantaggio di quell'importante attività sanitaria e sociale.

CULTURA SUPERIORE

L'insegnamento universitario.

Fervido consenso ha avuto alla Camera dei Fasci e delle Corporazioni la « Carta della Scuola ». Per quanto riguarda l'istruzione superiore, il relatore Giglioli ha rilevato che sono stanziati 131 milioni. Segnala la grande importanza che hanno avuto le spese per l'edilizia universitaria che si è arricchita di nobilissime e decorose nuove sedi. Richiama l'attenzione del Ministro sul problema dell'assistentato universitario e si augura che siano emanate nuove provvidenze di carattere economico e morale per elevare le condizioni dei giovani studiosi che ne fanno parte.

Elogia l'opera svolta dai Guf e conclude rilevando che l'attuazione della Carta della Scuola darà all'Italia la sicurezza di raggiungere i grandiosi destini che il Duce ha segnato all'Italia.

Nella discussione dei capitoli il Consigliere Visco constata che i provvedimenti sulla difesa della razza, per i quali sono stati eliminati 110 docenti, non hanno per nulla influito sull'andamento dell'insegnamento stesso.

Biggini Carlo Alberto sul capitolo relativo a spese per incoraggiamenti a ricerche scientifiche, e sul capitolo relativo a fondazioni, premi e sussidi per studi superiori, osserva che gli stanziamenti meriterebbero di essere aumentati, date le alte e inderogabili finalità della ricercha scientifica e la necessità di potenziare sempre più il perfezionamento all'interno e all'estero.

In proposito ricorda come il Ministro, a conclusione dei Littoriali di Trieste, felice attuazione della fusione fra Scuola e Partito, abbia sottolineato l'opportunità di far sì che l'insegnamento superiore sia impartito in forma applicativa.

Il ministro dell'E. N. Bottai ha pronunziato un ampio discorso. Nei riguardi dell'ordine universitario, confermò quanto ebbe occasione di dire, a chiusura dei littoriali di Trieste: che, se si vuole riottenere dagli allievi quella frequenza diligente e attenta che tutti invocano, bisogna coraggiosamente, radicalmente, operare una trasforformazione nei metodi di insegnamento.

Non di fredde, formali lezioni i giovani hanno sete, ma di apprendere dalla esperienza umana del maestro il metodo e la tecnica della sua scienza. Quello che i giovani vogliono e quello che i giovani sanno dire e fare, i professori universitari faranno bene ad impararlo, attraverso una partecipazione sempre più compatta, sia pure soltanto a titolo di spettatori, ai littoriali; manifestazione, a suo avviso, la più viva e operante

nella vita della cultura italiana. È solo questo spirito nuovo, che saprà portare la vita moderna nelle aule universitarie.

Concludendo rileva che nella « Carta » la Scuola e il Partito fondono il loro concorde magistero educativo in un servizio che fa della Scuola elemento attivo della politica del Regime.

MEDICINA SOCIALE

La previdenza sociale.

Discutendosi alla Camera il bilancio del Ministero delle Corporazioni, il ministro Lantini ha rilevato che nel campo previdenziale la legislazione fascista è oggi, nel suo complesso, forse la più avanzata del mondo. Tutti gli aspetti della vita del lavoratore sono, infatti, protetti e assistiti dal Regime: nascita, nuzialità, maternità, malattie, infortuni, disoccupazione, assistenza familiare. E ciò è stato realizzato con mezzi e con spese minori in confronto di quelle di quasi tutti i principali Paesi europei. Ora è necessario che quest'opera sia divulgata, spiegata; e lo sia con adatta espressione, con diligente dimostrazione ai milioni e milioni di interessati lavoratori, operai, contadini, impiegati, dirigenti, datori di lavoro, perchè ogni cosa si adempia in ordine perfetto.

E il ministro aggiunge: « Le leggi sono state dettate. Esse sono sagge sollecite umane. Gli istituti sono stati creati e chiamati ad agire. Gli organi sono stati posti al servizio delle più alte e nobili funzioni sociali. In taluni campi si è fatto molto, forse tutto, salvo l'inevitabile indefinibile perfezionamento, che è uno dei compiti insopprimibili degli umani consorzi ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Chieti. *Consorzio prov. antituberc.* — Due posti di medici direttori di Sezioni dispensariali, a Istonio e Atessa; L. 7200 e 4 quinquenni dec.; indennità di missione; è consentito il libero eserc. Titoli ed esami. Scad. 23 maggio, ore 12. Rivolgersi alla Segreteria.

Venezia. *Ospedali Riuniti.* — Pediatra dell'Ospedale Umberto I; titoli ed esami; L. 6000; età limite 45 a. all'11 marzo. Scad. 1 giugno. Chiarimenti dalla Segreteria.

RR. Prefetture.

Proroga della presentazione dei documenti per i concorsi sanitari.

In esecuzione delle disposizioni impartite dal Ministero dell'Interno, Direzione generale di sanità pubblica, si avverte che il termine per la presentazione delle istanze per l'ammissione ai concorsi sanitari condotti indetti a suo tempo dalle RR. Prefetture, è stato prorogato a tutto il 20 agosto p. v.

In conseguenza di ciò gli interessati dovranno presentare, entro il termine predetto, le domande corredate dai prescritti documenti.

Sono indetti i seguenti concorsi:

A) per condotte mediche nelle province di:

Milano, 23 posti; scad. 20 agosto, ore 12;
Pistoia, 5 posti; scad. 20 agosto;

B) per medico addetto all'ufficio di assistenza sanitaria del comune.

Enna, coadiutore; scad. 31 maggio, ore 18;
Pistoia, coadiutore; scad. 31 maggio, ore 18.

Per i bandi di concorso, schiarimenti ed altre informazioni rivolgersi alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

Borse di Studio.

Borse di reciprocità istituite dalla Germania e dalla Polonia.

Il Ministero dell'Educazione Nazionale ha bandito il concorso a borse di reciprocità istituite dalla Germania e dalla Polonia per l'anno accademico 1939-40-XVIII, in favore di italiani laureati o diplomati nel Regno.

Le borse anzidette saranno usufruite presso una Università o Istituto superiore, rispettivamente, della Germania e della Polonia.

Le borse della Germania sono otto e consistono nel vitto ed alloggio gratuito e nell'esonero dal pagamento delle tasse scolastiche. Gli assegnatari sono tenuti a pagare soltanto le tasse di assistenza scolastica, che per ogni semestre, a seconda dell'Università, variano da cinque a trenta R.M. ed eventuali contributi di laboratorio. Solo nel caso che non fosse possibile procurare vitto ed alloggio verrebbe corrisposto un assegno mensile di 150 R.M.

Le borse della Polonia sono quattro, di 2.250 zloty ciascuna, pagabili in rate mensili anticipate, oltre 300 zloty per spese di viaggio di andata e ritorno.

Le istanze di ammissione al concorso, redatte su carta legale da L. 6, dovranno pervenire a questo Ministero (Direzione generale della istruzione superiore - Div. III) non più tardi del 15 giugno 1939-XVII.

Coloro i quali aspirano a borse dell'una e dell'altra Nazione debbono presentare due domande distinte, allegando i titoli e i documenti richiesti ad una sola domanda e facendo riferimento ad essi nell'altra.

Il candidato deve indicare nella domanda:

a) nome, cognome ed esatto domicilio;

b) borsa di studio cui aspira;

c) la materia o il gruppo di materie oggetto degli studi cui egli intende dedicarsi;

d) Università o Istituto superiore che desidera frequentare (la sede degli studi potrà essere variata da questo Ministero d'accordo col Governo straniero).

Il bando di concorso è stato pubblicato per intero nella *Gazzetta Ufficiale* n. 96 del 22 aprile 1939-XVII.

Concorsi a premi.

Premio « Amory ».

Nel 1940 verrà assegnato per la prima volta il premio settennale « Francis Amory » dall'Accademia americana delle arti e scienze. Esso importa 10.000 dollari (circa 200.000 lire it.) e verrà conferito, globalmente o diviso, per servizi cospicui nel compo dell'attenuazione o della guarigione di malattie degli organi genitali.

Informazioni possono aversi dallo: « Amory Fund Commettee care of the American Academy of Arts and Sciences », 28 Newbury Street, Boston, Mass., S. U. d'A.

Premio « Francesco Dessy »

L'Università di Firenze bandisce il concorso al premio « Francesco Dessy » per una o più memorie riguardanti ricerche di anatomia ed istologia normale, fisiologia e igiene. Scadenza: 30 giugno 1940-XVIII. Importo: L. 2500. Domande: Segreteria dell'Università (piazza S. Marco n. 2, Firenze).

La Ditta Carlo Erba ha prorogato al 31 ottobre la scadenza del concorso per l'autarchia del medicamento, di cui già demmo notizia (fasc. 5, pag. 226).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il Cancelliere della Germania Adolfo Hitler ha nominato il dott. Leonardo Conti direttore dell'Ufficio centrale per la salute del popolo (Reichsgesundheitsführer) e capo dei medici (Reichsarzteführer) e gli ha conferito altre alte cariche. Il dott. Conti, che succede al dott. Gerhard Wagner, è svizzero italiano (nato a Lugano il 22 agosto 1900).

La Commissione nominata dall'Istituto Italiano per il Medio ed Estremo Oriente per il concorso « M. Piccinini 1937-38 », sul tema « Antica Medicina Orientale », esaminati nove scritti presentati, ha premiato i due aventi per motto: « Multa paucis » e « Perchè cantando il duol si disacerba », che sono risultati il primo del prof. Mario Vallauri, e il secondo del dott. Augusto Carelli. Il premio è stato diviso in parti eguali.

Il prof. Bruno Besta dell'Istituto C. Forlanini, aiuto di Clinica tisiologica, docente presso la R. Università, è stato insignito da Re Boris di Bulgaria della Croce di Cavaliere di S. Alessandro in riconoscimento dei suoi meriti di tisiologo. Rallegramenti.

Il prof. Andrea Vinai, libero docente di terapia fisica nella R. Università di Milano, è stato nominato direttore sanitario delle RR. Terme di Salsomaggiore. Il prof. Vinai, figlio del compianto grande idrologo, fu volontario della grande guerra; è fascista dal 1922. Fu allievo del Grocco alla Clinica Medica di Firenze, e nel campo idrologico è noto non solo per le sue pubblicazioni scientifiche, ma anche perchè è fiduciario del Sindacato Nazionale per la sezione idrologica e componente il Consiglio Direttivo della Società Italiana d'Idrologia.

Con Regio Decreto in corso di registrazione, su proposta del Duce, è stato nominato Presidente dell'Istituto nazionale fascista per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, in sostituzione del sen. conte Giacomo Suardo, chiamato alla Presidenza del Senato, il dott. Biagio Vecchioni, Consigliere nazionale.

MENZIONE

ALL'ORDINE DEL GIORNO PER MERITI PROFESSIONALI

Il « Foglio d'ordini e comunicazioni » n. 36, del Governo dell'Eritrea, reca il seguente elogio fatto al camerata dott. Luigi Rolli, batteriologo del Governo dell'Eritrea:

« Durante la campagna contro il dermotifo, in occasione del periodo epidemico dell'anno 1938, si è prodigato con particolare capacità e con disprezzo del pericolo alla bonifica di interi villaggi lungo la strada imperiale, coadiuvando con molta efficacia l'opera del Governo.

NOTIZIE DIVERSE

Manifestazioni antitubercolari dell'Anno XVII.

Il 7 maggio in Roma, al Teatro Reale dell'Opera, alla augusta presenza della Regina Imperatrice, si è celebrata la cerimonia inaugurale delle manifestazioni nazionali antitubercolari dell'anno XVII, III dell'Impero, ordinate dal Capo del Governo e organizzate dalla Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi.

Il discorso ufficiale venne pronunciato da Carlo Delcroix. Fu poi eseguito uno scelto programma musicale con la partecipazione dell'orchestra dell'E.I.A.R.

Convennero nell'Urbe, per l'occasione, i presidenti e i direttori dei Consorzi provinciali antitubercolari, i componenti i Consigli direttivi della Federazione Fascista contro la tubercolosi e della Croce Rossa Italiana, i presidenti e i delegati delle sezioni regionali e i fiduciari provinciali della Federazione, una numerosa rappresentanza dei direttori dei sanatori dell'Istituto nazionale fascista della Previdenza Sociale. Alle adunate parteciparono anche i rappresentanti di tutti gli enti direttamente e indirettamente interessati nello svolgimento della Campagna.

Da lunedì 8 al 14 maggio si tiene in tutta Italia la « quinta Settimana per la diagnosi precoce della tubercolosi », durante la quale si svolgono cicli di conferenze al popolo e si procede all'indagine radiologica di importanti nuclei di lavoratori e di scolaresche.

Il 14 maggio viene celebrata la « Giornata delle Due Croci », nella quale si provvede a diffondere il distintivo nazionale unico, cartoline e materiale di propaganda vario.

Nella stessa domenica 14 maggio ha inizio, infine, la « IX Campagna nazionale per il francobollo antitubercolare chiudilettera », che terminerà il 7 giugno prossimo, data con la quale, secondo le disposizioni del Ministero dell'Interno, termineranno le Manifestazioni nazionali antitubercolari dell'anno XVII.

Il popolo italiano non mancherà di dare il suo più alto contributo alla Campagna.

* * *

Il Presidente della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi ha ricevuto dal cardinale Maglione, Segretario di Stato della Città del Vaticano, il seguente telegramma:

« L'Augusto Pontefice vivamente compiacendosi che la nobile crociata contro il flagello della tubercolosi sia condotta con sì fervoroso slancio dall'unanime consenso, dal tenace proposito, dall'opera iluminata dell'Italia civile e cristiana, augura alla III Campagna antitubercolare il più confortevole successo e invia, propiziatrice degli aiuti divini per la completa vittoria, l'apostolica benedizione ».

Congressi e convegni.

Come ne abbiamo già dato notizia, il 4° congresso internazionale di patologia comparata si svolgerà a Roma, nella sede della Città Universitaria dal 15 al 20 maggio.

Sua Maestà la Regina Imperatrice ha benevolmente voluto accordare a questo congresso il suo Alto Patronato.

Moltissimi Stati hanno aderito al Congresso e

saranno rappresentati ai lavori da una propria delegazione ufficiale.

Il Presidente del congresso S. E. Rondoni ha affidato a « Edizioni Italiane, S. A. » il compito di organizzare, dal punto di vista tecnico, una mostra scientifica di libri e riviste relativi alle materie oggetto di studio da parte del congresso.

Dal 24 al 28 giugno si terrà in Liegi un congresso internazionale medico-legale sulla protezione della popolazione civile in guerra. Segreteria: rue des Maraîchers 13, Liège, Belgio.

Il 1° Congresso nazionale brasiliano della tubercolosi è indetto a Rio de Janeiro dal 21 al 28 maggio, sotto l'alto patronato del presidente della Repubblica Getulio Vargas, a cura della Società brasiliana della tubercolosi (segreteria: rue da Quitanda 60-1°, Rio de Janeiro).

L'autarchia nelle industrie sanitarie.

Al congresso nazionale per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano (Roma 22-23 aprile) ed al convegno intercorporativo per l'autarchia chimico-farmaceutica (Milano 22 aprile), di ciascuno dei quali è noto il pieno successo, è seguito il convegno nazionale di studi autarchici, che si è svolto a Milano (25-26-27 aprile) sotto gli auspici dell'Ente Autonomo Fiera Campionaria e del Centro di studi corporativi autarchici.

Con l'intervento di S. E. Alfieri, del dott. Gardini in rappresentanza del Partito, di S. E. Biagi e di numerose altre personalità, questo convegno, che ha assunto importanza e proporzioni di un grande congresso, ha trattato ampiamente di tutti i problemi inerenti all'autarchia, sia dal punto di vista dottrinale come da quello pratico.

Per quanto riguarda le industrie sanitarie nei loro settori (industrie chimico-farmaceutiche, idrologiche, di strumentario scientifico ecc.) il prof. P. Piccinini ha svolto una relazione in cui sono trattati i singoli aspetti dell'argomento, del quale è possibile fissare linee comuni a tutti i settori, e precisare globalmente l'azione tuttora necessaria per lo sviluppo autarchico di queste industrie. Le quali, per lo stretto loro collegamento con la difesa della salute pubblica ed anche (come ha affermato autorevolmente S. E. Buffarini) con quella della razza, sono di fondamentale importanza.

Dopo avere prospettato le condizioni attuali, non del tutto confortanti, di ciascun settore delle industrie sanitarie, e reso omaggio agli sforzi che vennero fatti in passato ed a quelli attuali, il Piccinini conchiudeva rilevando che le sorti della produzione industriale seria e che voglia imporsi anche all'estero sono essenzialmente legate a quelle della produzione e valorizzazione scientifica della rispettiva nazione.

Così impostato il problema assume vaste proporzioni ed abbraccia altri settori di vita nazionale.

Il prof. Piccinini ha conchiuso: « Non vi ha dubbio che, sotto la guida del grande Capo, l'Italia saprà affrontare e risolvere anche questo nuovo problema estremamente complesso che è fondamentale per le industrie sanitarie, alle quali pure deve arridere, per l'indomabile forza del Fascismo che piega gli uomini e le cose, l'immancabile vittoria ».

L'Asilo materno di Monterotondo.

Per invito dell'O. N. M. I. i rappresentanti della stampa romana si sono recati a Monterotondo per visitarvi quell'Asilo materno, che costituisce una delle più belle ed umane creazioni del Fascismo e può considerarsi anche un modello del genere, che prima d'ora non era stato mai realizzato. È questo un isolato rifugio, posto in amenissima posizione su di un'ubertosa collina cinta di verde, destinato a gestanti e madri nubili, vedove, divise dal coniuge; le quali, quando proprio offrono requisiti di particolare rilievo riguardo alla loro situazione morale, dieno la certezza, mediante un'accurata assistenza, di poter ritornare alla vita, redente dal loro occasionale passato e purificate dalla maternità, che non sia vergogna o peso.

Un po' dovunque.

Il ministro germanico del Lavoro, Seldte, ha visitato l'Istituto « Carlo Forlanini ».

Si è costituita a Buenos Aires, il 30 marzo, l' « Associazione di medicina e scienze affini dell'Amministraz. sanitaria e d'assistenza pubblica »; la cerimonia costitutiva si è svolta nei locali della Società scientifica argentina, con intervento di autorità statali e municipali e di personalità scientifiche. Tenne il discorso inaugurale il direttore generale dell'assistenza pubblica, che è anche il presidente del nuovo organismo, dott. José W. Tobas.

Un « Corso di nozioni mediche coloniali » è stato organizzato a Bologna, dalla locale Sezione dell'Istituto fascista dell'Africa italiana. Il prof. Gaetano Salvioli ha svolto il tema: « Il bambino italiano nell'Africa italiana ». Varie lezioni sono state tenute dai proff. Filippo Neri, Mario Girolami, Mario Sibiriani, ecc.

È stato soppresso il corso di perfezionamento in dermatologia, venereologia e radioterapia organizzato ad Amburgo dal 25 giugno all'1 luglio e di cui demmo già notizia (nel. n. 12).

Gli « Acta rheumatologica » hanno ripreso le pubblicazioni, essendo state superate le difficoltà finanziarie che avevano consigliato la sospensione del periodico. Questo è organo ufficiale della « Lega internazionale contro il reumatismo ». Sede: Keizersgracht 489, Amsterdam, Olanda.

L'Istituto del radium di New York ha acquistato grammi 9,5 di radium, per 200.000 dollari (4 milioni di lire it.); esso verrà rifornito ad ospedali e cliniche.

Si è costituito a Liegi un Comitato per l'organizzazione di un « Salone dei medici », ove saranno esposte opere — quadri a olio, acquarelli, disegni e sculture — eseguite esclusivamente da medici. La mostra sarà aperta a Liegi durante l'« Esposizione dell'acqua ».

Il Sovrano ha visitato a Siracusa l'Ospedale civile.

La Sovrana ha visitato in Ariccia l'Istituto per la cura della paralisi infantile.

Dal Laboratorio batteriologico di Friburgo (Svizzera) si annunzia di avere accertato come il clorato potassico *per os* sia un ottimo rimedio della paralisi infantile sperimentale (nelle scimmie).

La « Confederazione fascista dei lavoratori dell'agricoltura » ha indetto a Foggia, per il 18 maggio, una riunione del « Comitato nazionale per lo studio del lavoro agricolo », avente per oggetto la « Tutela del lavoro nella mietitura ». Vi avranno molta parte i problemi igienici, sanitari e assistenziali, come: la prevenzione dei colpi di sole, delle cheratiti, degli infortuni, l'azione assistenziale e sanitaria permanente e temporanea, la protezione del lavoro della donna.

In una relazione presentata dal direttore della Sanità pubblica, prof. Petragnani, viene accennato alla prossima istituzione della obbligatorietà della denuncia del reumatismo articolare acuto che sarà contenuta nel nuovo regolamento sanitario.

La Società medico-chirurgica di Pavia, ha commemorato il compianto socio bibliotecario prof. Guido Sala, spentosi recentemente. Il prof. Antonio Pensa lumeggiò i meriti dello Scomparso, e s'intrattenne sull'ultimo suo lavoro, riguardante lettere e documenti dello Scarpa.

Il Governo Argentino, per il trasporto di feriti o infermi dalle più lontane regioni del Paese nei centri di maggiori comodità medico-chirurgiche, ha ordinato tre aeroplani-ambulanze, dotati di una sala per operazioni chirurgiche e dello spazio per tutte le necessità inerenti. Ogni apparecchio avrà una velocità oraria di 225 km. e trasporterà, oltre al personale di bordo, un medico, un infermiere e una infermiera.

L'Accademia di medicina di Parigi ha bandito un concorso sull'utilizzazione terapeutica dell'olio di oliva, con premio di 10.000 franchi.

Il dott. Alvaro Blancardi, chirurgo e ostetrico dell'Ospedale di Chiavari, ha dato oltre mezzo litro di sangue ad una donna in pericolo di vita per una grave emorragia da parto.

Si ha notizia di un giovane diciottenne, Harold Gibbons, di Toronto (Canadà), affetto di osteopsatirosi, il quale si sarebbe fratturati gli arti inferiori 41 volte.

I giornali hanno dato notizie di una paralitica, Maria Bubli, 61enne, scacciata da un ospedale di Marsiglia perchè italiana, e costretta a lasciare la Francia; è stata ospedalizzata a Genova.

I giornali hanno dato notizia di un noto chirurgo di Chicago, dott. Sigsmund Hirschfeld, nella cui casa fecero irruzione, di piena notte, alcuni gangster. Minacciato con una rivoltella, egli dovette operare uno di essi, gravemente ferito, valendosi di una lametta di rasoio di sicurezza, senza anestesia e senza antisepsi.

Un farmacista di Roma è stato condannato a un anno di reclusione e mille lire di multa per vendita abusiva di stupefacenti.

All'Ospedale Maggiore di Milano è stato commesso un furto di 24.000 lire, asportate dalla cassaforte scassinata.

Negli ospedali inglesi ha assunto forti proporzioni il trucco di vagabondi e disoccupati, che si fanno accogliere temporaneamente, simulando delle malattie. Un solo ospedale di Londra ha fatto un elenco di 300 di tali truffatori.

Il 14 aprile è morto il prof. ANTONIO COLETTI, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Vittorio Veneto da 26 anni. Aveva 63 anni; era stato assistente effettivo alla Clinica Chirurgica di Palermo; presso quella Università aveva conseguita la libera docenza in patologia chirurgica nel 1909. Era presidente della Società di Scienze Mediche di Conegliano e Vittorio, che per onorarne la memoria in modo duraturo ha istituito una « Fondazione A. Coletti », destinata a premiare annualmente un giovane della provincia di Treviso.

È deceduto a Parigi il dott. GABRIEL LEVEN, noto per i suoi studi sull'aerofagia e sui vomiti incoercibili della gravidanza; da tempo egli aveva rivolto la sua attività all'organizzazione della « Société de thérapeutique », di cui era segretario generale e che indiceva dei congressi internazionali di terapia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 22 Maggio 1939 - XVII Num. 21

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Rapporti fra la dissimetria del corpo umano e le complicanze di alcune infezioni acute e croniche faringo-boccali.

Colonnello medico prof. dott. GANGI SALVATORE
docente di Patologia medica dimostrativa.

L'indirizzo prevalentemente analitico seguito dagli studiosi nel campo della clinica e della patologia umana ha dato indubbiamente risultati preziosi: se è vero che esistono tutt'ora problemi vecchi da riesaminare e problemi nuovi appena sfiorati, è altrettanto vero che numerosi capitoli sono stati esplorati persino nei particolari più minuziosi. L'eccessiva diluizione dei capitoli, formando un vastissimo patrimonio scientifico, ha creato la necessità di frazionamenti: sono nati così numerosi territori di specializzazioni, a confini spesso artificiosi, che hanno reso sempre più difficile la visione d'insieme nel campo diagnostico.

Il dominio dell'orizzonte clinico: la sintesi, base fondamentale della diagnostica, appare oggi una virtù riservata a poche menti elette.

È questa un'impressione che dilaga sempre più tra i profani, i quali, mentre ammirano i reali progressi della scienza medica, restano poi non bene impressionati dalle sorprese nel campo diagnostico e dalle delusioni nell'efficacia della terapia più decantata.

A prescindere dalla impressione non sempre giustificata degli incompetenti, bisogna convenire che anche nella coscienza di molti medici prenda sempre più consistenza il bisogno e il desiderio di una direttiva sintetico-pratica che armonizzando le concezioni dottrinarie ed analitiche, renda meno difficile la sintesi diagnostica.

Nel desiderio di portare un contributo a tale orientamento, ho giudicato utile raccogliere le osservazioni degli studiosi che collimano con le ricerche da me praticate, seguendo le complicazioni di alcuni processi infettivi acuti e cronici con sede iniziale bucco-faringea.

In un mio lavoro apparso sulle colonne del « Policlinico » (sezione pratica) nell'agosto

1933 richiamai l'attenzione dei colleghi sulla dissimetria del corpo umano segnalando la localizzazione, e nei casi tipici la omolateralizzazione dei processi morbosi acuti e cronici nella metà dei vari segmenti del corpo che, in rapporto ai segmenti omologhi, apparivano meno sviluppati, arretrati od abbassati.

A seconda della localizzazione e della estensione della labilità classificai i pazienti in *destro-labili* e *sinistro-labili totali*, riservando la denominazione di *dissimetrici crociati* a quei soggetti che presentano per es. sinistro-labilità cranio-facciale e destro-labilità toraco-addominale e viceversa.

Esposi i caratteri morfologici che consentono il controllo della dissimetria e la identificazione del segmento congenitamente labile. Ai rilievi allora segnalati altri posso aggiungerne per successive osservazioni: il minore sviluppo della mastoide, già valorizzato dal compianto prof. Campeggiani, il ridotto spessore dell'ileo che segnala l'emiaddome meno resistente e nella donna lo sviluppo minore della mammella che individualizza l'emitorace congenitamente labile.

Aggiungerò che in alcuni casi, nei quali alla spiccata dissimetria corrisponde una labilità totale — destra o sinistra — si può riscontrare una minore sensibilità tattile che coincide con la metà del corpo congenitamente meno sviluppato. Un reperto molto dimostrativo si riscontra anche nei soggetti che soffrono di solletico: un esame attento, specie sull'addome, mette in evidenza un confine netto sulla linea mediana fra la differente vivacità dei riflessi cutanei.

I rapporti da me segnalati fra la dissimetria del corpo umano e la congenita labilità degli organi istallati nel segmento morfologicamente atipico, risultano confermati dalle osservazioni del Campeggiani nel territorio della otologia e dei rilievi del Dimauro nelle malattie del sistema nervoso periferico.

Il Campeggiani in una interessante comunicazione fatta alla *Societas oto-rhino-laryngologica latina*, trattando i rapporti fra le sordità nervose e le anomalie dello sviluppo somatico (dissimetria), rilevò la localizzazione delle otopatie nella metà del corpo meno sviluppata o sfalsata di piano. In base a tale constatazione, confortata dalle affermazioni di altri valorosi congressisti, i quali riferirono che le affezioni dell'orecchio interno sono favorite da predisposizioni individuali e da fragilità labirintica congenita, il Campeggiani concluse « che non era asserzione aprioristica ritene« re che nella dissimetria cranio-facciale pos« sa essere coinvolta la struttura della capsula « labirintica e dell'intero organo di percezio« ne, in modo da costituire nella metà meno « sviluppata un sustrato di maggiore labilità « alle alterazioni funzionali ed all'andamento « delle malattie ».

Molto probative sono le osservazioni del Dimauro che nei *rilievi neurologici sulla dissimetria del corpo umano* potè constatare la localizzazione costante della lesione o della sindrome morbosa a carico della metà del corpo più manifestamente atipica e ne dedusse che la dissimetria rivela il *locus minoris resistentiae* (1).

Dimostrativo per la sua completezza è poi il caso illustrato dal dott. S. Manca della clinica medica di Roma, che riferisco seguendo l'autore anche nei dettagli della brillante esposizione. Il Manca premesso che l'influenza uccide un gran numero di persone, perchè paralizza le forze difensive dell'organismo favorendo lo stabilirsi di complicazioni letali, riferisce il caso di un individuo di 36 anni che il 19 dicembre 1933, quasi improvvisamente, fu colpito da malessere e raffreddore a cui il giorno seguente si unì vivo mal di gola, cefalea, dolori diffusi con maggiore intensità al dorso ed ai lombi. Dopo tre o quattro giorni si aggiunse spiccato dolore alla base dell'emitorace destro. Continuò a lavorare, ma il giorno 27 dicembre dovette sospendere il lavoro e tornare a casa perchè prostrato ed abbattuto.

Lamentava inoltre uno stato d'insolita stanchezza e debolezza al braccio sinistro. Appena messo a letto presentò i segni di una emiplegia sinistra; successivamente la favella divenne stentata e poco chiara.

Il paziente fu perciò ricoverato nella clinica medica di Roma.

Dal lavoro del Manca si apprende che l'esame obbiettivo fece rilevare a *destra*: tonsilla arrossata tumefatta coperta di essudato biancastro, emitorace poco espansibile, f. t. v. aumentato, suono di percussione ridotto specie alla base, respiro nettamente indebolito accompagnato da rantoli umidi a medie e piccole bolle ed a gruppetti di rantoli crepitanti sparsi quasi su tutto l'emitorace.

A *sinistra* invece si notava tonsilla arrossata e tumefatta senza essudato, limitata espan-

(1) La legge della dissimetria sorpassa i confini del regno animale: interessa anche il regno vegetale. Per convincersi basta tagliare a metà una mela od una pera lungo l'asse del picciolo. Nella mela la superficie di taglio appare costituita da due semicerchi a diametro differente; nella pera inoltre le due metà non coincidono nel piano inferiore.

sione dell'emitorace, ma non così spiccata come a destra, f. t. v. pressochè normale, suono di percussione chiaro polmonare, respiro un po' aspro associato a ronchi ed a rantoli umidi.

Ancora più manifesta apparve la differenza delle lesioni nelle due metà del corpo al controllo dei reperti anatomo-patologici.

A *destra*: meningo-encefalite a tipo emorragico interessante l'emisfero con massimo di intensità in corrispondenza della circonvoluzione rolandica anteriore; focolai di broncopolmonite confluenti nel lobo inferiore, edema collaterale, cianosi di tutto il viscere, catarro muco-purulento diffuso nei medi e piccoli bronchi con zone di atelettasia, linfadenite consensuale dell'ilo. Fegato congesto con una chiazza di ispessimento circoscritta al lobo destro presso il margine destro dove si notava qualche lacinia fibrosa.

A *sinistra*: piccola zona di meningo-encefalite a tipo emorragico, polmone intensamente congesto senza focolai di bronco-polmonite; ma solo bronchite muco-purulenta diffusa, milza con capsula leggermente ispessita e lacinie fibrose.

Lo studio, sebbene completo di un solo caso, non consente certamente di ricavare deduzioni di ordine generale, nè basta per identificare nella emilabilità congenita la causa della maggiore gravità delle lesioni a destra. Pur tuttavia tale concetto appare sufficientemente confortato. Il decesso del paziente e la diffusione delle lesioni dimostrano infatti in modo non dubbio che il virus grippale investì in pieno l'organismo. Per spiegare lo spiccato e manifesto predominio delle alterazioni anatomiche a destra sia nei riguardi di uno stesso organo (cervello, fegato), sia di organi similari (tonsille, polmoni) non si può invocare la elettività del virus o delle tossine. È lecito pensare che una minore resistenza offerta dal terreno organico a destra ed una difettosa reazione di difesa abbiano favorito la preponderanza dell'ondata infettante nella invasione e nella vulnerazione degli organi ubicati nella metà destra del corpo.

Questa visione panoramica di emilabilità così evidente nel caso illustrato dal dott. Manca appare manifesta in molti soggetti tipicamente *dissimetrici totali*, sol che si pratichi un esame attento comparativo degli organi omologhi nel decorso di un processo infettivo e si segua nel tempo il diario patologico del paziente.

Assistendo infermi affetti da faringo-tonsillite acuta sin dall'inizio della malattia non è difficile constatare che spesso è in un primo tempo aggredita una metà della gola specie la tonsilla e successivamente l'altra metà. A volte invece si mostra sin da principio interessata tutta la gola, ma è più manifestamente lesa una metà, la quale poi, ritarda a guarire nei confronti della zona omologa, anche se fu la prima ad ammalare. I gangli cervicali corrispondenti alla metà della gola più interessata sono più dolenti, anche se non sono più tumefatti.

In questi casi un'attenta osservazione di confronto fa constatare che la metà della gola più colpita corrisponde alla metà della faccia e del collo meno sviluppati e sfalsati di piano. E nella metà del capo morfologicamente atipica si innestano le complicazioni auricolari e l'interessamento dei seni. Nei casi di otite doppia acuta è generalmente più spiccata la gravità e più lungo il decorso del processo infettivo nell'orecchio che corrisponde alla mastoide meno sviluppata. L'interessamento di tutti i seni di una sola metà del capo è un reperto non raro negli esami radiologici.

Nelle complicazioni interessanti organi e territori vicini al focolaio settico faringo-boccale è facile ricostruire l'itinerario del processo infettivo in base alle cognizioni oggi note; in tali casi quindi, non si rivela tutta la importanza della labilità costituzionale nel congegno della invasione di certi agenti infettivi.

Dove l'emilabilità congenita dimostra tutto il suo reale valore dottrinario e pratico è specialmente nella omolateralizzazione costante, sia che le localizzazioni lontane coincidano con l'accensione del focolaio primitivo faringo-boccale, sia che si susseguano nel tempo distanziate da soste anche lunghe di tregua.

La diffusione di un processo infettivo acuto a diversi organi di una sola metà del corpo non è cognizione recente; è nota da tempo la omolateralizzazione dell'otite acuta e della bronco-polmonite o polmonite. Non è nuova la conoscenza dei rapporti che l'appendicite acuta presenta con le infezioni tonsillari e le affezioni influenzali delle prime vie respiratorie. Ma tali rapporti avevano avuto fino ad oggi solo documentazioni frammentarie e slegate incapaci di rivelare la genesi costituzionale del fenomeno: nessuno aveva notato che le infezioni faringo-tonsillari aggredivano l'appendice prevalentemente nei soggetti *destrolabiali totali* morfologicamente controllabili nella cornice della dissimetria.

L'importanza di questa osservazione dalla quale affiorava la possibilità di individuare una vera guida pratica concreta e non trascurabile nella conoscenza del meccanismo di

diffusione di alcuni processi infettivi acuti e cronici con sede faringo-boccale, mi suggerì l'idea di controllare l'andamento di alcune invasioni infettive che raggiungevano organi lontani dal focolaio settico, seguendole anche nel tempo.

E con metodiche osservazioni ripetutamente controllate ho potuto constatare nei soggetti a spiccata *destro-labilità* morfologica, che l'ondata infettante con decorso acuto e subacuto muovendo dalla sede iniziale faringo-boccale avanza a tappe più o meno rapide invadendo i gangli cervicali di destra e qualche volta interessando i muscoli della metà destra del collo fino alla spalla. Non è infrequente il caso che la infezione segua solo la via parietale entro i confini dei segmenti atipici assumendo la forma clinica di reumatismo muscolare parziale (torcicollo per es.) o diffuso e progrediente. In altri casi invece l'ondata infettiva predilige le vie viscerali investendole ora in forma violenta (bronco-polmonite, polmonite, pleurite, pleuropolmonite), percorrendole altre volte a passo lento e in veste subdola distrettuale (pleuro-corticalite, scissurite, peribronchite). La conoscenza di quest'ultima forma di invasione a parere mio ha una grande importanza pratica, perchè mette il medico in condizione di seguire con esattezza le mosse del nemico nascosto, sottraendosi al pericolo delle interpretazioni sleate ed erronee, che possono occultare la verità e far suggerire consigli terapeutici ed igienici non corrispondenti alla natura del male.

Raramente alla invasione toracica segue in continuità l'aggressione dei visceri dell'emiaddome.

In linea di massima l'attacco al torace si esaurisce nei confini di tale cavità. E può seguire un periodo lungo di tregua clinica o di guarigione vera, a meno che una riacutizzazione dello iniziale focolaio faringo-boccale o di un focolaio secondario inseritosi nel sistema glandolare, non ravvivi l'ondata settica aprendo la via alla invasione dell'emiaddome. Nel territorio addominale, specialmente a destra, l'ondata infettante può seguire la via ascendente o quella discendente: può cioè investire in un primo tempo l'appendice e successivamente specie sotto forma di perivisceríte, in forma diffusa, od a tappe tutti gli organi dell'emiaddome, oppure seguire l'itinerario inverso iniziando la penetrazione con una periduodenite od una colecistite per proseguire in forma distrettuale con sbalzi collegati o distanziati nel tempo.

Ed è nel decorso subdolo di una invasione a tappe dell'emiaddome destro che viene alle volte intaccato l'ilo epatico e specialmente l'apparato ghiandolare.

Non sempre però l'ondata infettante segue l'itinerario progressivo per raggiungere l'addome, che in certi pazienti invece l'emiaddome può essere raggiunto senza che il torace dimostri alcun segno di una invasione infettiva. Aggiungo che in alcuni pazienti la immunità toracica è costante e l'addome costituisce il bersaglio e il territorio di invasione, tutte le volte che il focolaio settico faringeo-boccale o gangliare si riaccende per un nuovo attacco acuto o per una riacutizzazione.

In altri soggetti ho potuto rilevare che la invasione predilige il torace durante la stagione fredda; raggiunge invece direttamente l'addome durante la primavera e l'estate. Ma tale legge ha molte eccezioni, come non è infrequente sia d'estate che d'inverno veder compromesso durante un'affezione acuta tutto il torace e tutto l'addome, ma sempre più manifestamente a destra nel soggetto destro-labile. Da ricordare infine, specie, nelle forme a decorso subacuto, la possibilità che l'ondata infettiva raggiunga gli organi genitali determinando un'annessite per es. od una prostatite unilaterale.

L'itinerario delle complicanze infettive descritte per i *destro-labili*, si svolge a sinistra nei *sinistro-labili;* non è raro il caso di una periviscerite limitata all'emiaddome di sinistra associata ad interessamento della milza.

Ricordo il caso di una bambina morfologicamente sinistro-labile, dell'età di circa 7 anni, che ammalatasi di una forma violenta di faringo-tonsillite catarrale acuta ebbe manifestazioni di bronco-polmonite a sinistra. Mentre migliorava della bronco-polmonite, ma la gola persisteva infetta, un giorno profittando dell'assenza temporanea dei parenti, scese dal letto in camicina e cominciò a passeggiare per la stanza. L'indomani si manifestò una nuova riacutizzazione della faringo-tonsillite e nei giorni successivi, mentre persistevano temperature elevatissime, si notò una notevole dolenzia a tutto l'addome specie a sinistra e manifesto aumento del volume della milza. Si sospettò un'infezione malarica, sebbene la piccina non fosse mai stata in zone infette. Venne praticato l'esame del sangue per la ricerca di parassiti malarici, ma l'esito fu negativo. Durante l'attesa necessaria per l'esame del sangue la bambina rifiutò qualsiasi cura. Fra il secondo e il terzo giorno si notò la caduta per lisi della febbre e con sorpresa, il rapido ritorno della milza nei limiti fisiologici.

Dopo circa una settimana una nuova riacutizzazione della faringo-tonsillite ripodusse l'episodio con una evoluzione press'a poco simile alla precedente.

Siccome la gola persisteva molto compromessa e si delineava una diffusione del processo infettivo alla lingua (glossite-psilosis linguae) si ritenne opportuno praticare l'esame batteriologico del materiale ricavato dalla gola e dalla lingua. Tale esame fece rilevare la presenza di numerosissimi streptococchi, come in cultura pura.

La piccola guarì senza alcuna cura, data la resistenza tenace opposta a qualsiasi tentativo di terapia.

Nello schema tracciato per gli organi interni più raramente si innestano gli arti, ma essi non possono considerarsi estranei alla legge dei rapporti fra labilità e dissimetria.

Ho avuto occasione di constatare l'insorgenza di flebiti negli arti inferiori durante il decorso di una faringo-tonsillite catarrale cronica riacutizzata ed ho potuto notare la comparsa di nuovi focolai flebitici col ripetersi delle fasi di riacutizzazione.

In un soggetto destro-labile, nel quale il processo flebitico agli arti ebbe la durata di sei mesi, vidi per tre volte la comparsa della flebite col riacutizzarsi della faringo-tonsillite prevalente a destra. E solo nel quarto mese, mentre i focolai flebitici di destra miglioravano, si videro successivamente stabilire due focolai di flebite all'arto inferiore di sinistra, sempre coincidenti con la riacutizzazione della faringo-tonsillite, che nel ripetersi aveva interessato anche la metà sinistra della gola ed i gangli cervicali di sinistra.

Dovendo contenere il lavoro entro i confini di una nota dimostrativa, tralascio per il momento di esporre altri dettagli raccolti nel corso delle metodiche osservazioni, limitandomi a riferire alcuni dei numerosi casi clinici osservati.

Caso I. — V. G., di anni 25. Manovale ferroviario, da Palazzolo. Sinistro labile totale. Affetto da tempo di carie dentaria alla metà sinistra del mascellare superiore. Nel luglio 1936 in A. O. ammalò di faringo-tonsillite e di nefrite acuta per cui venne rimpatriato. Dopo l'arrivo in famiglia cominciò a soffrire di cefalee. L'esame clinico e radiologico dimostrò la esistenza di una sinusite frontale sinistra, che persisteva ancora nel febbraio 1937.

Caso II. — A. L. di anni 27. Contadino di Sanludecio. Destro labile totale. Soffriva sin da piccolo di carie dentaria e di frequenti tonsilliti. Nel luglio 1936 ammalò di faringo-tonsillite acuta, a cui seguì una pleurite doppia. L'esame radiologico del torace praticato nel giugno 1937 dimostrò: a destra: emidiaframma pochissimo mobile, seno abolito; a sinistra: base opacata, diaframma irregolare, ma mobile.

Caso III. — M. G. di ani 26. Muratore di San Lucio. Sinistro labile totale. Nel 1934 aveva sofferto di carie dentaria a sinistra. D'inverno soffriva costantemente di bruciore alla gola e di facili raffreddori. Nell'aprile 1937 ammalò di pleurite acuta secca. L'esame radiologico del torace eseguito nel maggio 1937 dimostrò; lieve velatura dell'apice sinistro, seno costo-frenico sinistro ridotto.

Caso IV. — G. G. di anni 31. Barbiere, da Cassino. Destro labile totale. Da piccolo soffriva spesso di mal di gola. Nell'aprile 1936 in A. O. perdette due molari per carie. Nel maggio successivo ammalò di pleurite destra essudativa. Durante la degenza in ospedale ebbe anche dolori addominali.

L'esame radiologio del torace eseguito nel marzo 1937 dimostrò: esiti di pleurite destra. L'esame radiologico dell'apparato digerente: ptosi della metà destra del colon.

Caso V. — G. G. di anni 23. Elettricista da Lucca. Destro labile totale. Nel 1935 a Bengasi cominciò a soffrire di carie dentaria. Nel marzo 1936 ebbe febbre elevata, dolore alla gola ed alle spalle, catarro bronchiale. L'esame radiologico del torace praticato durante la malattia, che durò 20 giorni, fece rilevare accentuazione della trama bronco-vasale diffusa a destra.

Caso VI. — B. N. di anni 24. Macellaio, da Catania. Destro labile totale. Nell'aprile 1937 soffrì di faringo-tonsillite, di reumatismo articolare, di pleurite bilaterale. Nel novembre 1937 ebbe dolori addominali e diarrea. L'esame radiologico del torace eseguito nel febbraio 1938 dimostrò; esiti di pleurite basale bilaterale più accentuati a destra. L'esame radiologico dell'apparato digerente mise in evidenza una ptosi notevole della metà destra del colon con austrazione normale.

Caso VII. — N. N. di anni 27. Commerciante, da Frascati. Sinistro labile totale. Nel giugno 1936 in A. O. fu colto da febbre, da dolori articolari diffusi, e successivamente da dolori addominali. Fu perciò ricoverato in ospedale. Dalla cartella clinica si apprende che all'atto del ricovero l'esame clinico del torace fece rilevare piccoli rantoli all'apice sinistro e diminuita espansione dell'apice destro, addome meteorico. Milza e fegato in sede. L'esame radiologico del torace praticato il 18 agosto 1936 dimostrò: a sinistra nella regione sottoclaveare esterna, velatura diffusa e noduli di minore trasparenza, ili addensati con noduli sclerotici, a destra solo lieve velatura. I noduli sottapicali dell'apice di sinistra furono giudicati sospetti e riferibili ad infiltrazione parenchimale.

Nel febbraio 1938 il paziente fu trovato affetto da faringo-tonsillite catarrale cronica. L'esame clinico radioscopico e radiografico dell'apparato respiratorio diede esito negativo. L'esame radiologico dell'apparato digerente dimostrò: stomaco, duodeno, tenue normali; colon prossimale bene austrato, mobile, non dolente, colon distale, specie il trasverso, deformato, spastico, dolente e con austra scarsamente differenziate. Negativo l'esame parassitologico delle feci.

CASO VIII. — V. E. di anni 23. Sarto, da Bonito. Destro labile totale. A 20 anni soffrì di carie dentaria destra. Nel dicembre 1935 ammalò di rino-faringite acuta e successivamente di dolori al torace. In ospedale fu trovato affetto da bronchite al lobo superiore destro. La febbre era irregolare. Fu dimesso guarito dell'affezione toracica. Era apirettico, ma persisteva la rino-faringite. Nel gennaio 1936 ebbe nuovamente febbre, dolori addominali e diarrea. Fu giudicato affetto da colite.

L'esame radiologico del torace praticato nel maggio 1937 dimostrò: « sclerosi del lobo superiore destro. L'esame radiologico dell'apparato digerente mise in evidenza: stomaco ipertonico, peristalsi. a vuotamento vivace. Bulbo duodenale normale. Colon a tipo spasticpo, specialmente nella sua parte prossimale.

CASO IX. — M. F. di anni 24. Muratore, da Belmonte Calabro. Destro labile totale. Nel febbraio 1937 dolori alla gola (faringo-tonsillite catarrale) successivamente pleurite destra secca. La faringotonsillite catarrale persistette anche dopo la caduta della febbre. Nel marzo successivo, mentre era sempre apirettico, avvertì dolori al quadrante inferiore destro dell'addome.

L'esame radiologico dell'apparato digerente dimostrò: stomaco, duodeno, tenue normali. Appendice impervia. Colon spastico a corona di rosario, specie a destra.

Nel gennaio 1938 persisteva la faringotonsillite catarrale, i gangli cervicali erano dolenti a destra.

L'esame clinico e radiologico del torace diede esito negativo. L'esame radiologico dell'apparato digerente dimostrò: stomaco ipertonico, con peristalsi vivace. Prima porzione del duodeno di forma normale, ma spastica. Non immagini di nicchia. Svuotamento normale, tenue, ceco e colon normali.

CASO X. — G. G. di anni 29. Autista, da Roma. Destro labile totale. Da tempo affetto da carie dentaria e da rino-faringite catarrale cronica. Nel 1931 soffrì di dolori addominali. L'esame radiologico dell'apparato digerente diede esito negativo.

Nel maggio 1936 ebbe una riacutizzazione della rino-faringite. Durante l'estate ebbe nuovamente dolori all'addome ed acidità dopo circa due ore dai pasti.

Nell'ottobre 1937 presentava: rino-faringite catarrale, cronica, ipertrofica, carie dentaria, gangli cervicali dolenti bilateralmente. Negativo l'esame del torace.

Esame radiologico dell'apparato digerente; stomaco a corno di vitello ipertonico, con peristalsi vivace, duodeno deformato, dolente. Svuotamento gastrico normale. Appendice non visibile, colon destro alquanto dolente.

CASO XI. — D. N. di anni 25. Muratore di S. Cristina di Gela. Sinistro labile totale. Nel 1933 carie dentaria a sinistra. Da allora frequenti dolori addominali, periodi alteranti di stipsi e di diarrea Non ha notato mai febbre.

Nel marzo 1937 presentava carie dentaria diffusa, faringo-tonsillite catarrale, gangli cervicali dolenti a sinistra. Esame radiologico dell'apparato digerente: ptosi ed atonia dello stomaco, spasmo del sigma; duodeno, tenue, ceco ed appendice normali.

CASO XII. — A. G. di anni 26. Agricoltore da Alessio. Destro labile totale. Nel novembre 1935 tonsillite acuta. Nel dicembre sucessivo pleurite essudativa destra. Verso la fine dello stesso mese, mentre persistevano immutate le condizioni del torace, iniziò una flebite all'arto inferiore destro. Nel marzo 1936 presentava gli esiti della pleurite destra, aumento di volume di tutto l'arto inferiore destro, specialmente della coscia.

CASO XIII. — C. G. di anni 38. Contadino da Cosenza. Destro labile totale. Affetto sin da piccolo di rino-faringite crinica. Da giovinetto soffrì di pleurite destra. Nell'aprile 1936 ebbe forti dolori addominali e diarrea. Da allora cominciò ad avvertire senso di difficoltà nell'urinare, che però non era costante. Affermò di non avere sof ferto mai di malattie veneree. Negativo l'esame parassitologico delle feci. Nel marzo 1937 presentava: faringo-tonsillite catarrale cronica, esiti di pleurite destra, radiologicamente controllati, aumento di volume e di consistenza del lobo destro della prostata.

CASO XIV. — M. S. di anni 25. Bracciante di Taurianova. Destro labile totale. Nel giugno 1936 cominciò ad avvertire difficoltà nell'urinare, sensazioni di tenesmo rettale a volte fastidioso. Mai febbre. Mai sangue nelle urine.

Nel maggio 1937 presentava: faringo-tonsillite catarrale cronica, esiti di pleurite basilare destra (opacamento del seno costo-frenico), ptosi del rene destro. Negativo l'esame parassitologico delle feci.

L'esame radiologico dell'apparato digerente dimostrò: nessuna lesione organica gastro-duodenale, colon spastico. Il riscontro rettale fece rilevare: lobo destro della prostata leggermente ingrandito e dolente, di consistenza normale, assenza di irregolarità e di durezze sulla superficie.

CASO XV. — A. B. di anni 35. Insegnante da Reggio Calabria. Destro labile totale. Da molti anni sofferente di rino-faringite cronica catarrale, ribelle a tutte le cure. Da quando è stata trasferita a Reggio Calabria ha sofferto quasi costantemente di dolori alla gola ed alla nuca. Nel 1935 cominciò ad avvertire saltuari dolori alla metà destra dell'addome che furono variamente interpretati. Nel 1937 presentava faringo-tonsillite catarrale cronica, gangli cervicali dolenti a destra. Nulla al torace.

L'esame radiologico dell'apparato digerente dimostrò « esiti di pericolite destra ». Nulla a sinistra. Nel 1938 fu constatata anche la presenza di un'ulcera duodenale.

Dal complesso di queste osservazioni, che suffragano la segnalazione fatta nel precedente lavoro circa i rapporti fra la dissimetria del corpo umano e la omolateralizzazione dei processi morbosi, emergono, a parer mio, postulati non privi di interesse pratico, i quali lasciano intravedere problemi nuovi anche nel campo dottrinario.

Affiora prima fra tutte l'utilità pratica di vigilare con metodo e costanza la regione faringo-boccale ed i gangli cervicali, nelle affezioni infettive acute e croniche e specialmente in quelle che tendono alla omolateralizzazione

anche nel tempo. La constatazione tempestiva di una sepsi focale e la cura radicale dei foci, possono evitare al paziente nuove ricadute e complicanze a volte letali.

Non trascurabile appare la possibilità di un orientamento per la ricerca del focolaio settico nei casi di febbri o febbricole atipiche, tenaci, di lunga durata; la causa di molte febbri, battezzate con la denominazione astratta di febbri criptogenetiche, esce spesso dall'ombra del mistero in seguito ad un esame accurato della regione faringo-boccale, dei gangli cervicali e dei varii segmenti ed organi ubicati nella metà atipica del corpo, non esclusi gli organi genitali.

Ma sovratutto importante la facilità di utilizzare la dissimetria del corpo umano come guida concreta per individuare *il locus minoris resistentiae*. Sulla scorta della destro-labilità, per es. appare facilitata la comprensione dei rapporti tra la faringo-tonsillite e l'appendicite; riesce meno difficile la diagnosi di localizzazione di alcuni processi infettivi, che insediandosi subdolamente nel territorio dell'ilo epatico, provocano disturbi del circolo portale di difficile spiegazione quando manchi una concomitante sintomatologia capace di svelare l'insidia.

E lo stesso può dirsi nei riguardi degli organi genitali e degli arti dove la omolateralizzazione non è infrequente. Ma si ha di più. La dissimetria proiettando in forma controllabile all'osservazione clinica il territorio organico costituzionalmente meno resistente facilita il controllo dell'itinerario seguito dal processo infettivo nelle sue varie tappe se pure distanziate e consente di raccogliere in una visione di insieme le diverse manifestazioni patologiche anche nel tempo, favorendo la diagnosi precoce di nuove aggressioni attraverso perturbamenti indiziarii completati dall'anamnesi, in modo da raggiungere la possibilità di *scoprire la malattia quando nasce*. È questo un capitolo nuovo di patologia auspicato in Italia da due valorosi clinici: il Murri ed il Maragliano, ed in Inghilterra dal Mackenzie, cognizione d'interesse vitale nel campo etiologico e terapeutico.

Non è esagerato affermare che la dissimetria del corpo umano e la corrispondente labilità costituzionale dei segmenti atipici, sfuggita finora alla giusta considerazione dei biologi e dei clinici è in certi soggetti così evidente e precisa da rendere possibile nello stesso individuo la selezione di due personalità: la destra e la sinistra, differenti per sviluppo per resistenza e per forza vitale. La relativa indipendenza di queste due personalità assume delle volte caratteri tanto spiccati da affiorare sottoforma di anomalie nei dettagli dello sviluppo.

Qualche anno addietro la stampa quotidiana illustrò il caso di un bambino americano a nome Wilford Price il quale presentava a tre anni e mezzo i capelli matematicamente divisi in due colori; a destra bruni, a sinistra biondi. Aveva anche gli occhi di colore diverso, il destro castano, il sinistro azzurro (vedi figura).

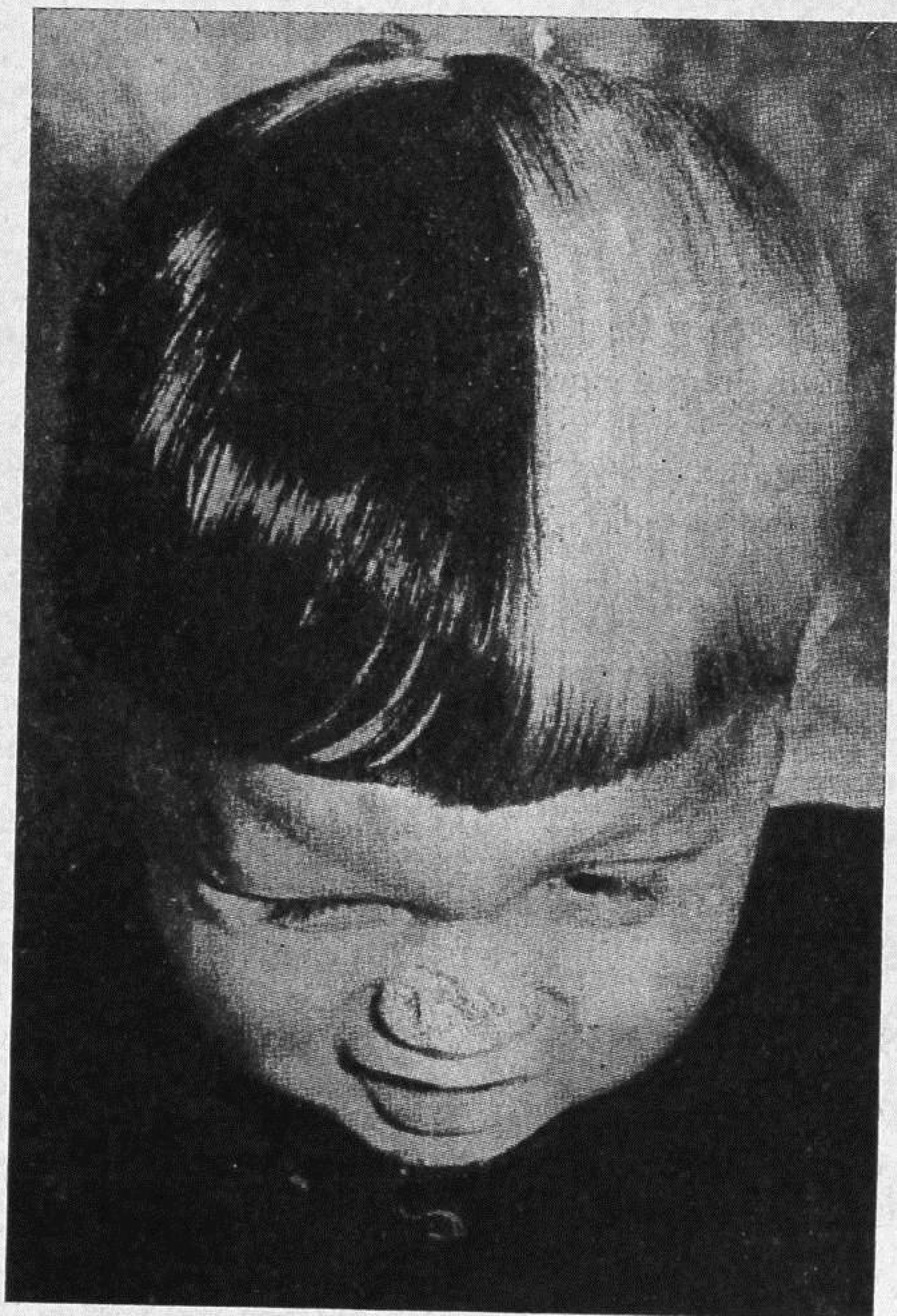


FIG. 1.

Indubbiamente problemi fondamentali e secondarii si profilano all'orizzonte di questo nuovo indirizzo, attendendo la loro soluzione.

Data l'ampiezza del tema preferisco seguire una pista sicura, fermandomi nelle singole tappe là dove l'affermazione può essere suffragata da una dimostrazione probativa ed esauriente.

RIASSUNTO.

L'A. riassume un suo precedente lavoro *sulla dissimetria del corpo umano* e segnala nuovi elementi di orientamento in aggiunta a quelli comunicati per la identificazione dei segmenti, atipici e congenitamente labili.

Riferisce nuove osservazioni sull'itinerario seguito da alcune infezioni acute e croniche con sede iniziale bucco-faringea, facendo rilevare che l'ondata infettante, nei soggetti *de-*

stro-labili o *sinistro-labili totali* investe solo la metà atipica del corpo, anche a tappe distanziate nel tempo, lasciando immune o quasi la metà del corpo morfologicamente più sviluppata.

Mette in rilievo la importanza del terreno organico nel congegno della invasione di alcuni agenti infettivi e segnala la conoscenza della emilabilità come un fattore importante per la identificazione e interpetrazione di possibili perturbamenti iniziali di nuove localizzazioni e per il collegamento etiologico e clinico di omolateralizzazioni lontane dal focolaio settico.

BIBLIOGRAFIA.

GANGI S. *La Dissimmetria del corpo umano e sua importanza come fattore predisponente.* Policlinico, Sez. Prat., 1933.

CAMPEGGIANI M. *Rapporti fra le sordità nervose e le anomalie dello sviluppo somatico (dissimetrie).* Societas Oto-rhino-laryngologica latina, 1933.

DI MAURO S. *Rilievi neurologici sulla Dissimmetria del corpo umano.* Policlinico, Sez. Prat., 1934.

CAMPEGGIANI M. *La Dissimmetria del corpo umano come fattore controllabile della predisposizione individuale.* Il Valsalva, 1934.

MANCA S. *Emiplegia totale sinistra da meningoencefalite della prerolandica di natura influenzale.* Policlinico, Sez. Prat., genn. 1934.

SPADOLINI I. Rassegna clinico-scientifica. Anno XVI, n. 7.

SANARELLI G. Rassegna clinico-scientifica. Anno XVI, n. 5.

PRIBRAM B. O. Münch. Med. Wschr., n. 24. 1935.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE E TERAPIA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI NAPOLI

Direttore: Prof. L. TORRACA.

Mancanza congenita dell'appendice cecale.

GAETANO BALICE, aiuto e docente.

La rarità della mancanza totale congenita dell'appendice cecale, riconosciuta dai pochi chirurgi ed anatomici, che hanno avuto l'occasione di osservarla, mi ha invogliato a comunicare questo caso, che si riferisce ad un infermo operato da me con diagnosi di appendicite acuta raffreddata.

Fino al 1925, secondo il Dorland, i casi conosciuti erano 37, dei quali 12 si riferivano a reperti operatori e 25 a reperti di autopsia, ai quali egli aggiungeva il suo (38°), che si riferiva ad un operato con diagnosi di appendicite, nel quale l'appendice non era stata trovata dopo un'attenta esplorazione durata un'ora.

In seguito sono stati pubblicati altri sette casi, dei quali tre rilevati all'autopsia e quattro al tavolo operatorio; in complesso, quindi, i casi noti sono pochissimi, e sarebbero forse di meno, se si volessero accettare le riserve fatte da alcuni AA. su una parte dei casi più antichi.

Nel 1927 il Maurer, operando un giovane di 22 anni con diagnosi di appendicite acuta, trovò il cieco iniettato ed infiltrato, ma privo della sua appendice, per cui fece diagnosi operatoria di tiflite acuta; e lo stesso accadde nello stesso anno allo Schwartz, che, in un intervento laparotomico per appendicite cronica, trovò un cieco grosso, con tenie in sede normale, mancante, però dell'appendice. L'Jacobs, l'anno dopo, operando una giovane donna per malformazione dei genitali interni (utero piccolo bicorne) osservò un cieco mobile senza alcuna traccia di appendice e del suo meso, senza cicatrice, senza aderenze, senza alcuna nota di infiammazione pregressa. Il Karpow, in un intervento di urgenza eseguito il 1932 per grave appendicite acuta, non trovò l'appendice.

Lo Spivack (1931) in due cadaveri, uno di un uomo cinquantenne, l'altro di donna giovane, ed il Sindoni (1933) nel cadavere di un vecchio sessantanovenne non trovarono l'appendice. In quest'ultimo vi era anche criptorchidia monolaterale destra.

Il caso pubblicato (1937) dal Caminiti, per quanto mi risulta, è il più recente. Egli, nel

1933, operò un giovane diciannovenne con diagnosi di appendicite, e trovò il cieco e parte del colon ascendente un po' meteorici ed iperemici. Il cieco era circondato di aderenze che, sul fondo e lateralmente, assumevano l'aspetto di una membrana di Jackson. Liberato il cieco da queste formazioni non riuscì, con le ricerche più accurate ed allungando il taglio laparotomico, a vedere traccia dell'appendice. Il cieco era, però, normale anche nel punto di incontro delle tre tenie. Il Caminiti pubblicò il caso dopo tre anni dall'operazione, durante i quali l'infermo non ebbe alcun disturbo.

Fu ricoverato nella nostra Clinica il 2 luglio 1936 tale R. Eugenio, fu Salvatore, da Castiglione (Catania) di anni 42, di professione ragioniere. Ammogliato all'età di 18 anni, aveva sei figli viventi e sani.

Egli riferì che venti giorni prima, il 13 giugno, essendo in perfetto benessere, fu colpito improvvisamente da forte dolore nella fossa iliaca destra, per cui credette opportuno di purgarsi. Il purgante ebbe il suo effetto. L'indomani, preceduta da brivido, insorse la febbre che raggiunse 39° e che conservò per 10 giorni un tipo continuo remittente. Si ebbe contemporaneamente chiusura dell'alvo. Niente vomito. Dopo 10 giorni cessò la febbre e l'alvo tornò gradatamente al normale. Il dolore nella fossa iliaca destra diminuì, ma non cessò mai completamente. Con diagnosi di appendicite acuta raffreddata, quale si desumeva, oltre che dall'anamnesi, dall'esame clinico dell'infermo, in assenza del mio Maestro, lo operai il 20 luglio 1936.

L'intervento fu iniziato in anestesia locale e terminato in narcosi eterea per necessità insorte durante l'operazione.

Taglio pararettale destro del Jalaguier. Il colon trasverso era ptosico e ricopriva in parte l'ascendente, il cieco era fisso nella fossa iliaca destra. Si allungò, perciò, il taglio in alto fin quasi a livello dell'arcata costale e si potè vedere che il cieco e parte del colon ascendente erano intensamente arrossati e ricoperti da una membrana trasparente del tipo Jackson. Incisa questa membrana, il cieco fu esplorato in tutti i sensi e ripetutamente. Le tre tenie si congiungevano sul fondo del cieco, dove non vi era alcuna traccia di appendice. Feci, pertanto, diagnosi operatoria di tiflite. L'infermo, guarito, fu dimesso dalla Clinica il 17 agosto successivo. Egli non è più tornato in Clinica, e questo mi fa pensare che non abbia avuto più alcun disturbo.

I reperti operatori ed autoptici mi sembrano molto chiari ed abbastanza semplici, perchè possano essere discussi, mentre può essere motivo di discussione la causa della completa mancanza dell'appendice, se si vuol credere, come fanno alcuni, ad una pregressa distruzione dell'organo per un processo infiammatorio più che ad un disturbo embrionale. Che un processo infiammatorio possa distruggere parzialmente l'appendice, è cosa nota a tutti, ma che un processo infiammatorio possa distruggere completamente l'appendice, senza lasciare la minima traccia di sè sul cieco e senza provocare fatti aderenziali, mi pare un po' difficile, perchè, per aversi una distruzione completa dell'appendice, il processo infiammatorio dovrebbe essere dei più imponenti, e, come tale, dovrebbe inevitabilmente provocare larghe aderenze, e lasciare sul cieco traccia dell'organo distrutto. Credo, perciò, più accettabile la ipotesi di coloro che credono al disturbo embrionale, essendo ormai questione assodata che il cieco, nel periodo embrionario ed all'inizio della vita fetale, è privo dell'appendice e relativamente molto più lungo che nell'adulto. Esso consta di una porzione superiore vicina all'orificio ileo-cecale, che si sviluppa e si ingrandisce gradatamente per diventare il cieco propriamente detto, e di una porzione inferiore che subisce, invece, un arresto di sviluppo, trasformandosi in un piccolo organo cilindrico, che è, poi, il processo vermiforme. Questo corrisponde, quindi, alla porzione non sviluppata del cieco ed è, pertanto, un organo rudimentale, fetale. Ecco perchè lo Schridde spiega la mancanza dell'appendice, ammettendo che la porzione appendicolare del cieco primitivo non si arresti nel suo sviluppo, ma seguiti a crescere come la porzione superiore, per cui il cieco, alla confluenza delle tre tenie, non presenta nessuna traccia di appendice ed è normale sotto ogni aspetto.

Con lo stesso meccanismo si possono spiegare i gradi diversi di ipoplasia appendicolare, che noi chirurgi spesso osserviamo sotto forma di appendici brevi (e grosse per l'infiammazione).

Ad avvalorare la tesi che la mancanza dell'appendice sia in rapporto con un disturbo embrionale, credo possa avere una certa importanza il fatto che, nei pochissimi casi registrati, alla mancanza dell'appendice era associata una volta la mancanza di tutto il colon, due volte la mancanza del cieco, due volte, nel caso mio ed in quello del Caminiti, una formazione membranosa del tipo Jakson, una volta una criptorchidia monolaterale destra ed una volta un utero piccolo bicorne.

Da quanto sopra si desume anche che, per la mancanza completa dell'appendice, non si può parlare, come fanno alcuni AA., di agenesia, perchè la mancanza completa dell'appendice non corrisponde ad un difetto anatomico, bensì ad un eccesso di evoluzione di una parte del cieco primitivo, che normalmente dovrebbe subire un arresto di sviluppo per rimanere in uno stato rudimentale.

*

RIASSUNTO.

Si comunica un caso raro di mancanza completa dell'appendice cecale osservata in un intervento laparotomico per appendicite.

Dallo studio della letteratura si rileva che esso è il quarantaseiesimo fra tutti e, prescindendo dai reperti di autopsia, è il diciannovesimo di quelli riscontrati al tavolo operatorio.

BIBLIOGRAFIA.

CAMINITI R. *Sindrome appendicolare senza appendice.* Policlinico, Sez. Chir., pag. 70, 1937.

DORLAND. *Congenital absence of the vermiform appendix.* Internat. clin., 1925. Zentralorg. f. d. ges. Chirurgie, vol. 34, pag. 852, 1926.

JACOBS. *Anomalies of the appendix. With report of a case of congenital absence of appendix (agenesis) and bicornuate uterus with one cervix.* Americ. Jour. of Surgery, 1928.

KARPOW. *Zur Kasuistik des Fehlens des Wurfortsatzes.* Vestu Chir., 1932. Zentralorg. f. d. ges. Chirurgie, vol. 64, pag. 377, 1933.

MAURER. *Ein sehr seltener Fall von angeborenem Fehlen des Wurmfortsatzes. Zusammentreffen akuter Erscheinungen von Entzündung des Wurmfortsatzes bei dessen angeborenem Fehlen.* Polska gazeta lekarska, 1927. Zentralorg. f. d. ges. Chirurgie, vol. 43, pag. 283, 1928.

SCHWARTZ. *Zur Frage über Fehlen des Wurfortsatzes.* Novyj chirurgiceskij archiv, 1927. Zentralorg. f. d. ges. Chirurgie, vol. 42, pag. 322, 1928.

SINDONI. *Sopra un caso di assenza totale congenita dell'appendice vermiforme e criptorchidia monolaterale.* Nota anat. Rinascenza Medica, pag. 86, 1933.

SPIVACK. *Congenital absence of the appendix vermiformis.* American Jour. Surg., pag. 297, 1931.

NOTE STORICHE

Prof. FRANCESCO GIUGNI.

La malattia e la morte di Vincenzo Bellini (1)

« Puteaux, 4 settembre 1835.

. . . .

Io sono stato tre giorni incomodato leggermente da una diarrea; ora vado meglio e credo che sia finita; mi resta però un leggiero dolor di testa. Addio. Ricevi i miei abbracci.

Il tuo affezionatissimo

BELLINI ».

Questo poscritto fa seguito ad una lunga lettera all'amico devoto, confidente della sua giovinezza; ed è l'ultima lettera diretta da Vincenzo Bellini a Francesco Florimo. È datata il 4 settembre 1835, cioè 19 giorni avanti la sua morte.

I precedenti morbosi del giovane maestro risalivano ad alcuni anni prima, ed interessavano in particolar modo l'apparato digerente. In base agli accenni contenuti nelle sue lettere si possono far risalire all'estate del 1828, dopo i successi del suo « Pirata » a Milano.

Nell'organismo delicato e squisitamente nervoso del giovane musicista i periodi di intensa e protratta applicazione al lavoro, le emozioni della vita artistica, il disordine nell'orario dei pasti, il caldo della stagione estiva, e forse ancho gli eccessi sessuali, provocavano con facilità disturbi della digestione, o sotto forma di dispepsia gastrica, o con fatti di enterocolite.

Sono molteplici nelle lettere del 1828 gli accenni alla instabilità della sua salute, che « non va male, ma potrebbe andar meglio », che « non è affatto ristabilita », che « va migliorando di giorno in giorno ».

Ma fu nel maggio del 1830 che egli soffrì di una grave infezione intestinale febbrile, che fece trepidare per la sua esistenza gli amici e gli ammiratori delle già celebri sue composizioni musicali.

Ne attribuì egli stesso la causa alla eccessiva applicazione, « di 10 ore di seguito, dalla mattina alle 4 del pomeriggio, ed altre 4 alla sera, per aver scritto in 26 giorni a Ve-

(1) Questo studio fa parte di una più estesa pubblicazione dal titolo: « Il mistero di Vincenzo Bellini », in corso di preparazione. In essa, oltre questa parte di indole medica, viene preso in considerazione e discusso quel complesso di circostanze che avvolge tuttora di mistero la immatura scomparsa del giovane maestro catanese, principalmente in base alla identificazione del medico che lo assisté nella ultima malattia.

nezia i Capuleti ». Accenna infatti in alcune sue lettere del tempo alle cattive digestioni, all'alito pessimo, alla perdita dell'appetito, e racconta che ritornato a Milano fu preso il 21 maggio « da una tremenda febbre infiammatoria gastrico-biliosa », che richiese un salasso e l'emetico. Fu allora suo medico curante a Milano il dott. Prini (2).

L'ospitalità e la premurosa assistenza dei coniugi Pollini concorsero a fargli superare la grave malattia. Ai primi di luglio del 1830 egli scrive: « Adesso, grazie a Dio, sto riprendendo le mie forze »; ma la debolezza però appena gli permette di scrivere lettere.

Nel 1831, per molti mesi, fu sofferente ad un braccio, probabilmente in seguito ad un processo nevralgico di natura reumatica.

Nel giugno 1834, mentre a Parigi stava lavorando all'ultima sua opera, « I Puritani », scrive: « La mia salute è stata attaccata da una gastrite, credo, ma ora va bene, ed ho cominciato a riprendere il mio lavoro ».

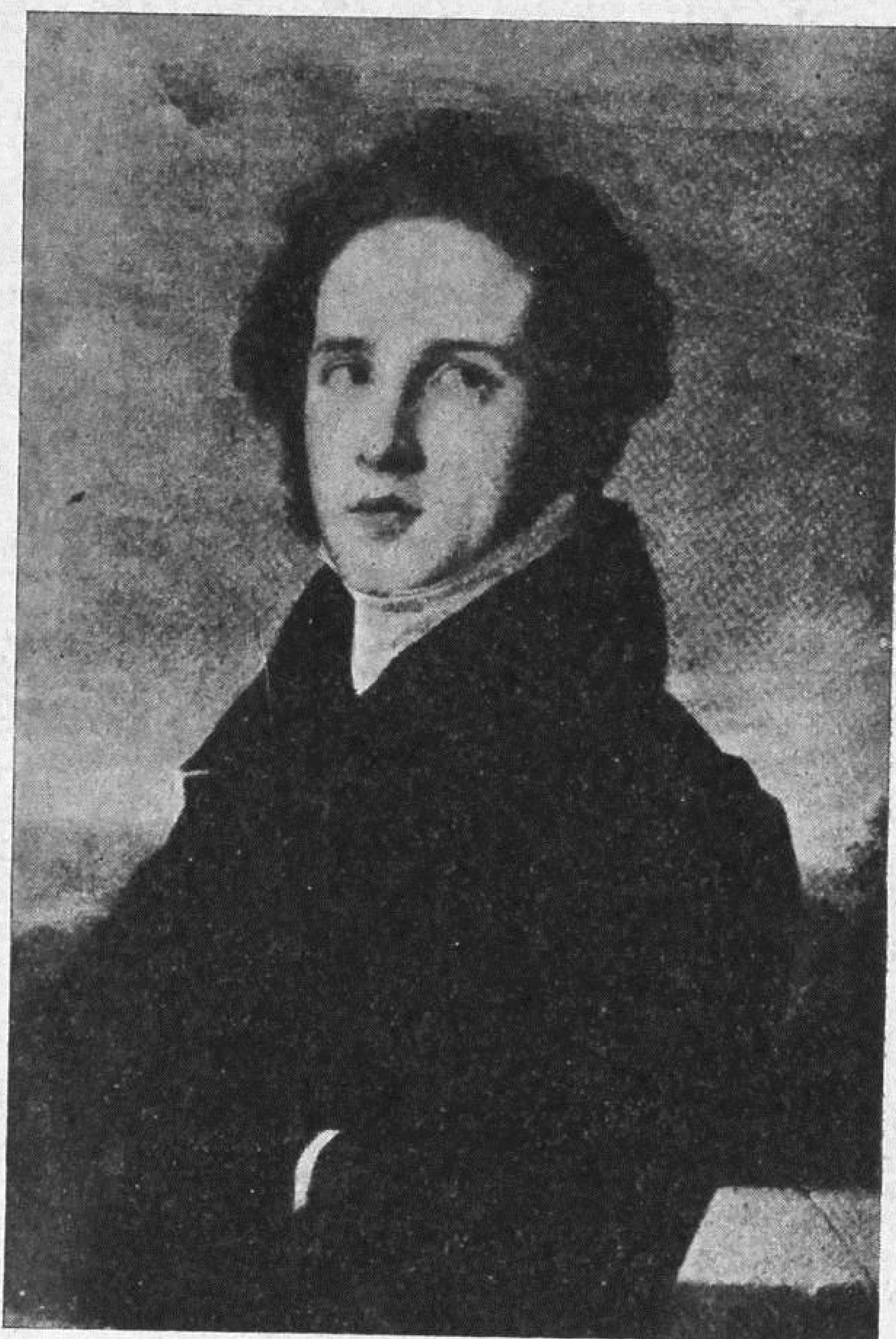
Risulta che con eccessiva facilità faceva uso di purganti, avendo una speciale fiducia in un purgante allora notissimo, il Le Roy, che raccomandava anche agli amici. Giovanni Ricordi, il fondatore della nota Casa Musicale, editore delle sue opere, risponde ad una sua lettera così: « L'essere da molto tempo sotto la cura del Le Roy, rendendomi un poco spossato... ».

***

Sono questi gli scarsi, imprecisi precedenti morbosi, che si possono desumere dal suo epistolario e dalle notizie fornite da altri personaggi che si occuparono della sua salute; ed è evidente che tali precedenti non avevano influito gran chè sul suo stato generale, sulla sua attività e resistenza al lavoro, in certi periodi sorprendente, e nemmeno sulla sua prestanza fisica, quale ci è rivelata dai ritratti dell'epoca, e dal fatto che a Londra e a Parigi in quegli anni 1834 e 1835 egli prendeva anche parte attiva alla vita di società, essendo ricercatissimo nei salotti delle grandi dame e nei ritrovi intellettuali delle due metropoli.

La figura fisica del Bellini in quel 1835 ci è descritta da Enrico Heine: « Era di persona esile e slanciata, di figura regolare... Il volto di Bellini, come tutta la persona aveva quella freschezza fisica, quell'incarnato virgineo, quel colorito roseo... ».

Tali furono le impressioni riportate da Heine, e trascritte nel suo Reisebilder, pochissimo tempo prima della morte del maestro. « Quindici giorni dopo, scrive, leggevo sui giornali che l'Italia aveva perduto uno dei suoi figli più gloriosi ».



Vincenzo Bellini nel 1832, dipinto da P. Palagi (ora nel Museo di S. Pietro a Maiella a Napoli).

Come risulta dal sopracitato poscritto della lettera a Florimo, il 4 settembre il Bellini, che trovavasi ospite dei coniugi Lewis nella villetta di Puteaux presso Parigi, accusava un leggero dolor di testa, residuo di una diarrea che l'aveva leggermente incomodato per tre giorni, ma che era, a suo dire, finita.

Evidentemente nei giorni seguenti ebbe una ripresa dei disturbi intestinali, e il giorno 11 settembre il barone D'Aquino, rappresentante del re di Napoli a Parigi, dopo una visita fattagli, scrisse nel suo diario: « Corre voce che Bellini sia malato a Puteaux, ove io già lo vidi in questi giorni. Lo trovo a letto. Mi dice che ha una leggera dissenteria, e che non tarderebbe a venire a Parigi ».

Il giorno 14 settembre il maestro Carafa, zio del D'Aquino, qualificandosi medico di corte, può forzare la rigorosa consegna di non introdurre alcuno presso il malato, e dai rac-

(2) E. BRANCA nelle Memorie del marito, Felice Romani, accenna a un dottor Prina, mentre la signora Pollini che ospitò nella sua casa il maestro infermo scrive in una sua lettera Dottor Prini. In una nota del suo recente libro, L. Cambi accetta la seconda dizione; ed è attendibile si sia trattato del dott. Antonio Prini, che da mie ricerche risulta aver compiuto il tirocinio di giovane assistente all'Ospedale Maggiore di Milano nel 1805. Esercitarono a Milano anche due dottori Prina, ma nel settecento.

conti postumi che egli fece al Florimo, risulta che le condizioni del Bellini si erano notevolmente aggravate. Il malato non lo riconobbe; era in preda a delirio, e certo a febbre elevata. Su questa visita e sulle impressioni che ebbe il Carafa circa lo stato dell'infermo in quel 14 settembre, le versioni sono diverse, e non troppo sicure.

Che le condizioni si fossero realmente aggravate risulta però decisamente confermato da un primo biglietto del medico curante, il dottor Montallegri (3), che porta le date 15-20 settembre.



Dott. Luigi Montallegri di Faenza, Ufficiale Medico Superiore delle Armate Napoleoniche d'Italia (dal disegno eseguito da A. Zanolini nel carcere di Venezia).

Del dottor Montallegri sonó noti 5 biglietti, che rappresentano i bollettini molto sommari della malattia. I primi 4 sono senza indirizzo, ma evidentemente erano diretti al sig. Severini, uno dei direttori del Teatro italiano di Parigi, nel cui carteggio furono poi trovati. Il 5° è scritto in francese e diretto a Mr. Bonnevin, l'altro direttore di detto teatro.

Nel citato racconto del Heine in cui è descritto l'ultimo suo incontro col Bellini nella casa di Mme Jaubert a Parigi, c'è una evidente inesattezza nel riferirlo a 15 giorni prima della morte del maestro, perchè tale incontro doveva essere avvenuto almeno 3-4 settimane prima. Così pure errata deve essere la data di Mme Jaubert che nei suoi « Souvenirs » racconta di aver invitato a casa sua il Bellini, con l'Heine e la Belgioioso, e di aver ricevuto all'ora del pranzo un biglietto, scritto di pugno del musicista, che si scusava di non poter intervenire « perchè troppo malato ». « Dopo 4 giorni, scrive la Jaubert, il Bellini era morto per una infezione colerica ». Evidentemente invece di 4 giorni dovevano essere trascorsi 14 giorni.

I bollettini del Montallegri sono in questi termini:

« 15-20 settembre.

Non v' è ancora un miglioramento sensibile nel nostro Bellini. Il suo stato è sempre allarmante; non di meno questa notte ha avuto sei deiezioni di meno in muco e sangue, ed ha dormito un poco. I vescicanti promettono di agire, e da questi io attendo una crisi salutare.

Sono con stima Montallegri ».

« 21 settembre.

Li vescicanti hanno cominciato ad operare una crisi di sudore. Nella notte scorsa il nostro Bellini è stato meno inquieto ed agitato. Le deiezioni un po' meno frequenti gli hanno permesso un sufficiente riposo.

Montallegri ».

« 22 settembre

Seguita la crisi salutare del Bellini. Le materie sono diminuite enormemente e la qualità cambiata.

Spero dimani dichiararlo fuori pericolo.

Montallegri ».

« 23 settembre.

La 13ª giornata è stata ed è allarmante. Bellini ha passato una notte agitatissima, perchè la crisi di sudore non si è pronunciata come i due giorni addietro. Resto presso di lui tutta la giornata e la notte, per vedere l'ingresso della 14ª. Domani le scriverò qualche cosa di più preciso. Sono con stima

Montallegri »

« Puteaux, 23 settembre

M. Bonnevin

« Faitez avoir a Mr. Bianchi toutsuit ce billet, et ennoncez a Mr. Severini la fin prochain du malhereux Bellini. Une convulsion il a mis or de connaissence et peut etre ne viverà pas usque a demain.

Montallegri ».

« Il nostro è perduto. Una convulsione lo ha gettato in pericolo di vita ».

***

Vincenzo Bellini morì alle 5 pomeridiane del 23 settembre 1835.

L'indomani il podestà di Puteaux ne registrava il decesso, che risulta errato per l'età attribuita al Bellini, di due anni in meno, mentre l'atto di morte non fu firmato dal Montallegri che evidentemente, quale profugo

(3) Sul dott. Luigi Montallegri di Faenza, che io ho identificato come il medico che assisté il Bellini nella sua ultima malattia, vedasi il mio studio: « La fine immatura di Vincenzo Bellini alla luce di nuove circostanze. Chi fu il suo medico curante? ». Tip. Trisi, Lugo; e riportato da « Minerva Medica », n. 27, 7 luglio 1938, e « Riforma Medica », n. 26, 2 luglio 1938.

politico, non era abilitato all'esercizio professionale in Francia.

Sono note le vicende suscitate dalla inattesa e impressionante notizia della morte del giovane e celebrato compositore, e come, in seguito alle insistenti voci di avvelenamento, il re Luigi Filippo ordinasse l'autopsia del cadavere. Essa fu eseguita il 26 settembre 1835 dal prof. A. Dalmas della Facoltà di Medicina di Parigi.

Eccone il testo:

« Il 25 settembre eseguii l'autopsia e l'imbalsamazione del corpo del Bellini, morto 36 ore avanti in casa del signor Lewis a Puteaux presso Parigi.

« Gli organi, contenuti nella testa e nel petto, erano intatti e perfettamente sani; ma non così quelli dell'addome, i quali si trovarono molto alterati e nello stato seguente:

« Tutto il grosso intestino, cominciando dalla estremità anale del retto sino alla valvola ileocecale, era coperto da un'immensità di ulcerazioni d'una grandezza media di una lenticchia, a fondo grigiastro, formato da uno strato di pus, che spremevasi con facilità. Queste ulcerazioni avevano i loro bordi finissimi, alquanto scollati e galleggianti nell'acqua; in nessun luogo la membrana mucosa era ispessita o indurita, anzi al contrario era dappertutto rammollita, e si staccava sotto forma di polpa ove non era ulcerata, mentre laddove era tale, le ulcerazioni comprendevano tutta la sua spessezza, una parte ed anche qualche volta la totalità della tunica muscolare; ma in verun punto la membrana sierosa trovavasi distrutta, di modo che non vi si osservò perforazione alcuna.

« L'estremità destra del fegato conteneva nel suo spessore un ascesso, il cui volume uguagliava quello di un pugno, riempito di denso pus, giallo, omogeneo e perfettamente compatto.

« Le pareti di questo ascesso erano formate dalla sostanza stessa del fegato, un poco rammollita, ma non v'era traccia alcuna di cisti, o di nuovi tessuti di qualsiasi specie.

« Nessun altro ascesso si potè osservare nè al fegato nè altrove. Le vene di questo viscere erano libere ed in istato normale. La bile della cistifellea era poco abbondante, nera e glutinosa; ma le altre vie che questo liquido percorre, non presentavano restringimento alcuno; ed esso scorreva con facilità fino al duodeno. Non v'era stata, nè vi era itterizia.

« Tutti gli altri visceri, organi ed apparecchi erano nello stato più soddisfacente.

« È evidente che il Bellini è perito per una infiammazione acuta del grosso intestino, complicata d'ascesso al fegato. L'infiammazione dell'intestino aveva dato luogo a sintomi di dissenteria, osservati in vita. L'ascesso per la sua posizione, non aveva prodotto ancora accidente alcuno; ma esso si sarebbe potuto un giorno o l'altro, essendo in vicinanza della superficie del fegato, aprire nell'addome e dar luogo a uno stravaso mortale. Qualche aderenza esisteva tra la parete addominale ed il fegato, di maniera che questa fine era la più probabile.

« Parigi, 26 settembre 1835.

A. DALMAS
Aggregato della Facoltà di Medicina di Parigi.
Cavaliere della Legion d'Onore.

Dalla conoscenza di questi dati autoptici abbastanza circostanziati, e dalla valutazione delle scarse notizie anamnestiche, ci si può domandare di quale natura fu la malattia che colpì Vincenzo Bellini, e lo portò a una fine immatura, dato che oggi, a oltre cento anni di distanza, la risposta è facilitata dalle più estese nozioni sugli agenti microbici delle malattie.

Ed altre domande potranno essere affacciate dagli appassionati della pura e viva arte del geniale catanese: poteva essere salvato Vincenzo Bellini, se tempestivamente diagnosticata la sua malattia e opportunamente curata?

I risultati dell'autopsia avevano portato il Dalmas alla diagnosi anatomica di « colite ulcerosa con complicante ascesso dell'ala destra del fegato », e dai precedenti morbosi, noti attraverso gli accenni dell'epistolario e i bollettini del curante, si può risalire alla diagnosi clinica di « dissenteria, ad andamento cronico, con ricadute ad intervalli più o meno lunghi e con rapida e violenta riacutizzazione ».

Non era certo possibile a quell'epoca precisare la natura dell'agente patogeno, e probabilmente tale forma dissenterica fu attribuita in senso generico a cause tossiche. La grave complicanza dell'ascesso epatico non si sarebbe potuta diagnosticare, e nemmeno sospettare in vita, dato che la stessa necroscopia non mostrò il fegato ingrandito, nè modificato nella sua consistenza e nei suoi contorni, mentre l'ascesso, grosso quanto un pugno, era ben circoscritto nello spessore dell'ala destra del fegato, ed evidentemente non turbava granche le funzioni dell'organo.

Oggi invece in tale reperto necroscopico noi possiamo vedere, con logica attendibilità, una forma di colite ulcerosa causata dall'ameba dissenterica, anche perchè il decorso clinico, pur nella scarsità dei suoi dati, si inquadra

nettamente in tale concetto diagnostico, mentre l'ascesso del fegato, la frequente, caratteristica complicanza della dissenteria amebica, viene a sancire questa diagnosi.

La diagnosi differenziale con altre forme morbose ad etiologia diversa si presenta abbastanza facile. Si può escludere anzitutto una forma tubercolare, non solo in base alla diversità delle lesioni ulcerative, limitate al grosso intestino e non interessanti il tenue, ma sopratutto dall'assenza di lesioni tubercolari in altri organi, specie nei polmoni. La dissenteria bacillare va pure esclusa non tanto per il carattere delle lesioni ulcerose, quanto per l'andamento clinico, e principalmente per la complicanza dell'ascesso epatico, che non è propria della dissenteria bacillare; mentre è caratteristica di quella amebica.

Le ulcerazioni del grosso intestino, quali ce le descrive il Dalmas, si possono identificare sotto alcuni aspetti con le lesioni proprie della dissenteria da entamoeba histolytica, per il loro approfondirsi nello spessore della tunica muscolare, e per la loro sede limitata al crasso. La mancanza invece dei frequenti ispessimenti della mucosa e della sottomucosa, su cui insiste il settore, che mette anzi in evidenza la mollezza della membrana mucosa, che si staccava come polpa laddove non era ulcerata, come pure il numero grandissimo di tali ulcerazioni a fondo grigiastro e ricoperto da pus, fanno ammettere l'associazione di altri germi, probabilmente di forme bacillari, che improvvisamente virulentati, hanno esteso i fatti ulcerativi ed acuito il processo cronico di origine amebica.

L'ascesso del fegato, unico, situato nell'ala destra, e precisamente nella superfice convessa, come avviene nei nove decimi dei casi, contenente pus omogeneo e compatto, rappresenta la conferma più probativa al concetto diagnostico.

Ma è possibile, a parer mio, e sempre in via di supposizioni logiche ed attendibili, risalire alle origini e al momento in cui fu contratta tale malattia.

Non è infatti inverosimile pensare che il Bellini abbia contratto l'infestazione durante la prima giovinezza, nella sua isola nativa, dove più che in altre regioni d'Italia è endemica l'amebiasi, essendo noto che l'andamento di questa forma morbosa può essere lievissimo, anzi decorrere inosservato, o restar sopito per anni e decenni, per risvegliarsi poi sotto l'azione di cause estrinseche o di moventi tossico-infettivi.

La ricordata « febbre gastrico-biliosa » sofferta nella primavera del 1830, con la gravità presentata e i postumi così accentuati e duraturi, fanno supporre si sia trattato di una prima esaltazione dell'infezione amebica, che probabilmente fin da allora diede la localizzazione epatica.

Infatti l'ascesso del fegato, con le caratteristiche descritte dall'anatomico, costituito cioè da pus denso, giallo, omogeneo e perfettamente compatto, non poteva risalire nella sua formazione a quelle due, tre settimane della malattia acuta, ma doveva preesistere da tempo, forse in volume più ridotto, con alternative di riassorbimento e riaccensione; ed è da ritenere anche che per i suoi limiti ben circoscritti nel parenchima epatico, per la mancata reazione dell'organo, esso non abbia avuto valore preponderante nel determinare la gravità del male e l'esito infausto.

Furono invece le lesioni del grosso intestino, rapidamente moltiplicate ed estese, per l'associazione così frequente di altri agenti infettivi, cocchi o bacteri esaltati nella loro virulenza, che determinarono la reazione febbrile e gli intensi fatti tossici.

Ma anche le lesioni intestinali, per quanto gravi ed estese, non essendo perforanti e non interessando la sierosa peritoneale, non giustificano pienamente, in quel loro stadio non ancora ledente organi vitali, una morte così rapida.

Deve essere intervenuta un'altra causa che l'anatomico non poteva scoprire, cioè una particolare reazione del sistema nervoso centrale all'azione tossica di tali lesioni.

Questa azione tossica si esplicò con particolare violenza sul sensibilissimo apparato nervoso di quel giovane, eccezionale per la genialità creativa del suo cervello.

Il dott. Montallegri la segnalò nei suoi bollettini, sotto forma di intensissima agitazione del malato, con crisi profonde di sudorazione; e scrisse il giorno 23: « Il nostro è perduto. Una convulsione lo ha gettato in pericolo di vita ».

Questa intensa reazione del sistema nervoso può avere però soltanto accelerato di alcuni giorni la fine comunque irreparabile, dato lo stadio avanzatissimo della malattia; perchè le numerosissime ulcerazioni avrebbero finito per perforare l'intestino dando una peritonite, e l'ascesso del fegato, che aveva già qualche aderenza con la parete addominale, si sarebbe probabilmente aperto nella stessa cavità o in qualche organo.

« Era questa la fine più probabile », ha scritto il Dalmas, e nel giudizio di questo scienziato che del presunto avvelenamento non aveva trovato traccia, e pur riscontrando le-

sioni gravissime non aveva svelato la giustificazione completa e immediata della morte così rapida, si intravede il convincimento che la morte si sarebbe comunque irrimediabilmente verificata, anche se per qualche giorno si fosse potuta eventualmente scongiurare.

In questo giudizio del Dalmas è implicita anche la risposta a quelli che domandano se fosse stato possibile salvare Vincenzo Bellini.

Come ho già accennato, alla forma di dissenteria amebica, a decorso subdolo, con esacerbazioni periodiche non mai gravi e protratte, dovè associarsi una improvvisa infezione bacterica che aggravò rapidamente le condizioni del malato. Non erano noti allora quei medicamenti che possono considerarsi oggi specifici per l'efficacia curativa della amebiasi, l'emetina e lo yatren.

D'altra parte un eventuale svuotamento per via chirurgica dell'ascesso del fegato, la cui diagnosi in vita, per le circostanze esposte appare inverosimile, non avrebbe modificato l'andamento della malattia, essendo la gravità legata più direttamente alle lesioni ulcerative dell'intestino.

Tale fu verosimilmente il giudizio dei sanitari dell'epoca, e l'opinione pubblica che voleva una spiegazione, dopo le prime impressioni e i sospetti creati più da circostanze estrinseche quali l'isolamento del malato a Puteaux, ecc., si trova espressa in una lettera di Gioacchino Rossini, che scrive « Una dissenteria, sempre crescente fino alla infiammazione durante diciotto giorni, rese ogni risorsa della Facoltà inutile ».

A quelli, anche fra i medici, che restano scandalizzati dei vescicanti, dai quali il dott. Montallegri confidava di ottenere la « crisi benefica » si può ricordare come a quell'epoca i salassi, i sanguisugi, e i vescicanti fossero i rimedi comunemente usati nelle forme congestizie e infiammatorie. Lo stesso Bellini, descrivendo a Florimo una malattia di Felice Romani, l'autore dei suoi libretti, scrive: « Romani da martedì sta in letto con fiera febbre e con infiammazione alla vescica, ed ha sofferto 24 sanguisughe e 4 salassi ».

* * *

Nello scorrere queste pagine potrà accadere che lo zelo di qualche Catone insorga, come già per alcuni recenti studi sulle malattie sofferte da Leopardi, contro questo frugare nelle urne dei nostri grandi, considerando ciò una curiosità vana ed inutile, e fors'anche una profanazione.

Ma non può essere inutile curiosità l'interpretazione di alcune circostanze della vita o della morte di uomini celebri, che ci vennero tramandate più o meno dettagliatamente, quando è basata o stimolata dalle moderne conquiste della scienza.

L'arguire oggi in modo attendibile e fondato che Dante morì in seguito ad una infezione malarica contratta percorrendo la via Romea, mentre da Venezia faceva ritorno a Ravenna, non ha soltanto il valore di semplice curiosità.

Nel caso di Vincenzo Bellini, dobbiamo essere grati all'ordinanza di re Luigi Filippo, se il chirurgo francese estraendo dal corpo esanime del giovane italiano gli organi principali, il cervello, i polmoni, il cuore, ce li descrisse « intatti e perfettamente sani », mentre soltanto l'ultima porzione dell'intestino e una zona del fegato si mostrarono colpiti da una affezione che oggi, a più di cento anni di distanza, noi possiamo con molta attendibilità precisare nella sua natura parassitaria.

La sanità di quel giovane organismo, che si rivelò immune da tare ereditarie o da malattie lentamente consuntive, e vittima invece di una occasionale infestione da ameba dissenterica, si accorda così con la schietta genialità della sua arte, che nella sua pura e viva freschezza non poteva scaturire che da un organismo sano ed armonicamente conformato, espressione eletta della sanità e della superiorità della razza italiana.

SUNTI E RASSEGNE

PATOLOGIA GENERALE.

Osservazioni sulla dottrina dell'infiammazione.

(P. HUEBSCHMANN. *Klin. Wochensch.*, 4 marzo 1939).

È utile anche per il pratico ritornare di tanto in tanto su questioni semplici di patologia generale, perchè anch'esse possono avere un significato per la pratica. In tutte le considerazioni sull'infiammazione, è bene rifarsi sempre dai sintomi cardinali stabiliti da Celso: *rubor*, *calor*, *dolor*, *tumor*, sicchè studiando con i metodi moderni i fattori che stanno alla base del processo infiammatorio, si può arrivare ad una chiara idea di questo. Premessa necessaria di un'infiammazione è una lesione del tessuto — di natura fisica, chimica o batterica — ed appunto la reazione che il tessuto vi oppone costituisce l'infammazione. Essa si svolge nell'apparato tissulare connettivo-vasale e consta di disturbi circolatori con essudati cellulari liquidi e coagulabili, per cui ne segue la formazione di un tessuto di granulazione che va gradatamente cicatrizzando; ne emergono quindi chiaramente le due diverse fasi, l'essudativa e la produttiva.

Per quanto riguarda la funzione dell'infiammazione, l'A. aderisce alla definizione di Rössle, vedendo in essa un aumento di funzione del tessuto vaso-connettivale, adatta per liberare il tessuto colpito dalle sostanze estranee.

Resta ora a vedersi se una tale definizione si confaccia per tutte le specie d'infiammazione.

Come primo esempio, consideriamo il *foruncolo*, determinato dagli stafilococchi, i quali provocano una lesione dei tessuti relativamente grave, a cui segue una reazione di gravità corrispondente nell'apparato vaso-connettivale. Si arriva così ad un'importante suppurazione, con fusione di tutti i tessuti presenti. La mancanza che ne risulta non viene colmata da un tessuto della stessa natura di quello distrutto, ma da un tessuto di granulazione, che diventa poi una cicatrice: tessuto di minor valore, in quanto che, anche nella pelle vi mancano le fibre elastiche.

Un altro esempio è dato dall'*eresipela*, di cui gli agenti causali — gli streptococchi — esercitano una lesione minore che gli stafilococchi. La reazione infiammatoria si manifesta macroscopicamente soltanto con arrossamento e rigonfiamento e, microscopicamente, con la presenza di numerosi leucociti. Nella maggior parte dei casi, non si manifesta uno sfacelo delle parti dei tessuti, sicchè l'eresipela guarisce con la scomparsa del rossore, gonfiore e dell'infiltrazione leucocitaria, senza che ne seguano altre reazioni di tessuto e senza formazione di cicatrice.

Un altro esempio è dato dalla *polmonite*, caratterizzata da iperemia, edema e riempimento degli alveoli con essudato fibrinoso-cellulare. Generalmente, si ha una *restitutio ad integrum*, con soluzione dell'essudato mediante i fermenti proteolitici e successivo assorbimento; se invece l'essudato non si discioglie, viene sostituito da un tessuto di granulazione, a cui succede la carnificazione, con esclusione della respirazione del tessuto polmonare colpito.

La *pleurite* che l'accompagna è una tipica infiammazione fibrinosa di superficie, che colpisce entrambi i foglietti; nell'ulteriore sviluppo, l'essudato fibrinoso può essere sostituito dal tessuto di granulazione, con formazione di aderenze.

Alle infiammazioni fibrinose, appartengono quelle pseudomembranose delle mucose ed anzitutto la *difterite*. L'essudato viene eliminato dalla superficie, mentre il tessuto della mucosa è poco o punto leso ed, eliminata la membrana, riforma pienamente i suoi epiteli, con guarigione perfetta. Questa può invece essere incompleta quando la mucosa è gravemente lesa, per cui ne risultano cicatrici. Anche nelle modificazioni cardiache, che possono accompagnare la difterite, si ha un'infiammazione (infiltrazione cellulare interstiziale) della fibra miocardica da parte della tossina difterica, infiammazione che può guarire con riassorbimento dell'essudato e rigenerazione della fibra, ma che se dura a lungo produce cicatrice ed indurimento della fibra, lesioni irreparabili del miocardio.

Particolarmente interessanti sono le modificazioni infiammatorie dei reni e specialmente la *glomerulo-nefrite*, in cui i glomeruli sono rigonfiati e ricolmi di leucociti; ne segue una deficiente irrorazione sanguigna, con esclusione della funzione del glomerulo stesso, condizione particolarmente pericolosa, che può condurre alla morte. Ma se si riesce a ristabilire l'irrorazione, si ha una *restitutio ad integrum* anatomica e funzionale, il che può accadere soltanto se la malattia non ha oltrepassato il primo stadio. Altrimenti, si hanno processi anatomici, che portano al rene grinzo.

Da ultimo, l'A. cita la *tubercolosi polmonare*, per la quale è noto che si può avere una completa retrocessione dei fatti radiologici, il che può accadere soltanto quando l'essudato iniziale si riassorbe come nella polmonite, mentre è impossibile se già o sono intervenute la caseificazione o la proliferazione produttiva.

***

Considerando nel loro insieme gli esempî accennati, si vede che non è possibile riunirli completamente nella definizione dell'infiammazione sopra riportata: la purificazione del tessuto dalle sostanze estranee è possibile soltanto nello stadio iniziale, mentre poi, nella

definizione funzionale, è necessario considerare anche lo stadio produttivo ed aggiungere inoltre che l'infiammazione è capace di riempire i vuoti risultanti mediante il tessuto di granulazione e la cicatrice.

Molto più importante per la dottrina della malattia è il fatto che non in tutte le infiammazioni si hanno entrambe le fasi di sviluppo. In alcuni casi (eresipela, difterite, polmonite) si ha la completa *restitutio ad integrum*, la quale non è invece possibile quando il risultato finale è dato dalla cicatrice, il che significa una guarigione con difetti.

Tali fatti debbono venire considerati nella *definizione dell'infiammazione* che va così modificata: si tratta, cioè, di reazione di tessuto capace di purificarlo dalle sostanze estranee, con reazione di tessuto capace di riempire le lacune che si formano; la completa *restitutio* si avrà soltanto se l'infiammazione si arresta allo stadio essudativo.

Gli esempi accennati della polmonite e della pleurite concomitante sono quelli di un'infiammazione che, rispettivamente, si arresta alla prima fase e che invece le comprende entrambe, con le relative conseguenze. Nella glomerulo-nefrite, il processo si può arrestare alla prima fase o comprenderle entrambe; è evidente però che se il rene grinzo può costituire una guarigione *anatomica* del processo infiammatorio, è ben lungi dal rappresentare una guarigione funzionale. La conoscenza di questi fatti ha importanza terapeutica e prognostica, dimostrando la necessità di arrestare alla prima fase il processo infiammatorio della glomerulo-nefrite.

***

Un'altra questione che sorge nello studio dell'infiammazione è quella del suo significato e della sua essenza. Si deve anzitutto rilevare che non è possibile in considerarla come una semplice relazione difensiva del tessuto. Se ciò può forse ammettersi, entro certi limiti, per le infiammazioni batteriche, non è più il caso per la forma consecutiva ad una breve applicazione di calore, per cui non si può parlare di processo difensivo. Più adatta sembra, invece, l'idea che si tratti di un processo che tende a purificare il tessuto da sostanze estranee, di cui però ci rimane ignota la specie.

Come si è accennato ogni infiammazione presuppone l'esistenza di una lesione di un tessuto *vivente*. Ora, la vita è costituita dal ricambio legato a determinate strutture e, poichè anche la malattia va considerata come un processo vitale, ne viene che con una lesione di tessuti si hanno dei prodotti abnormi del ricambio. In condizioni normali, i prodotti terminali del ricambio vengono eliminati senza modificazione delle strutture dei tessuti; nelle lesioni lievi, le rigenerazioni patologiche si spiegano col fatto che i prodotti del ricambio sono utilizzabili per la costruzione del nuovo tessuto. Ma se, invece, tali prodotti sono abbondanti e diversi da quelli consueti, si ha un processo di sovvertimento che noi chiamiamo infiammazione.

Fra la rigenerazione e l'infiammazione, si trovano quei processi che vengono indicati come organizzazione o sostituzione di tessuto od anche come *infiammazione cronica*.

Prima di passare a questa, l'A. accenna ai processi di reazione che l'infiammazione determina in tutto l'organismo. L'infiammazione, di fatto, non può considerarsi come una semplice reazione locale del tessuto e questo non soltanto per quelle batteriche, ma anche per le altre infiammazioni. I prodotti anormali del ricambio, che si formano nel focolaio infiammatorio, vengono portati ad altre parti dell'organismo, dove vengono elaborati ed anche espulsi. L'organo più importante sotto tale rapporto è la milza, di cui l'ingrossamento e le modificazioni microscopiche trovano in tal modo spiegazione. Oltre alle dirette azioni batteriche, agisce anche l'inondazione con prodotti abnormi del ricambio, nel caso delle infiammazioni non batteriche (ustioni), sicchè i patogeni parlano di rigonfiamento spodogeno della milza.

Di particolare importanza appare oggi la questione se il così detto *rigonfiamento torbido* possa essere spiegato appunto con l'azione di prodotti anormali del ricambio, specialmente tenente presente quello dei reni, a cui corrisponde il quadro clinico della *nefrosi*. In conseguenza di un apporto di prodotti del ricambio estranei al plasma, il glomerulo diventa permeabile ad essi; ne risultano l'albuminuria ed il rigonfiamento torbido, che può essere prodotto dal riassorbimento di sostanze albuminoidi.

Per quanto riguarda l'infiammazione cronica, l'A. rileva anzitutto che i processi di organizzazione (p. es., di un trombo o di una necrosi miocardica) sono molto vicini alla vera infiammazione, nel senso che all'inizio vi è sempre una reazione leucocitaria più o meno diffusa. Nell'infiammazione cronica, noi consideriamo soprattutto la cirrosi epatica ed il rene grinzo, contrapponendole in certo modo ad altre malattie che chiamiamo croniche perchè durano a lungo, ma che in realtà sono costituite da attacchi acuti che si rinnovano (come p. es., la tubercolosi polmonare). Nelle malattie che, come la cirrosi epatica ed il rene grinzo, colpiscono un parenchima altamente differenziato, con la sostituzione lenta del tessuto cicatriziale a quello dell'organo, appare soltanto la seconda fase del processo infiammatorio, quella produttiva. Tali malattie si contrappongono, pertanto, a quelle in cui si ha soltanto la fase essudativa, in cui si ha un completo ritorno della funzione, che viene invece gradatamente perdendosi in quelle spiccatamente croniche, durante il loro lungo de-

corso. Con un'adatta terapia, diretta soprattutto a risparmiare l'organo interessato, si può anche in esse impedire l'ulteriore progredire della malattia. Tale considerazione dimostra che l'importanza degli studî su tali questioni d'indole generale è non soltanto teoretica, ma anche pratica. *fil.*

L'importanza pratica della dottrina delle infezioni focali.

(H. ASSMANN. *Viener klinische Wochenscrift*, 31 marzo 1939).

La dottrina delle infezioni focali guadagna sempre più terreno e trova sempre nuove giustificazioni ed applicazioni in clinica.

I criteri che rendono ammissibile un rapporto causale tra infezione focale e affezioni generali o organiche sono i seguenti: 1) Successione immediata in ordine di tempo tra focolaio infettivo e malattia generale; 2) Peggioramento del quadro morboso in seguito all'attivazione dell'infiammazione focale, provocata, ad es., a mezzo di un'eccitazione meccanica; 3) Rapido miglioramento del quadro morboso in seguito all'eliminazione del focolaio infettivo.

Una casistica oramai abbondante ha dimostrato questo rapporto di causalità tra foci infetti ed un gran numero di affezioni, e più sicuramente per le seguenti:

1) Il reumatismo articolare acuto suole manifestarsi 4-14 giorni dopo un'affezione della gola e più frequentemente dopo un'angina. L'eliminazione del focolaio infettivo non ha un'influenza decisa sulle condizioni articolari, ma senza dubbio può concorrere ad una risoluzione favorevole della malattia, che viene curata più efficacemente con i salicilici.

2) Nel reumatismo articolare cronico si possono avere migliori effetti dall'eliminazione di foci infetti, specie in quei casi che non risentono l'influenza favorevole di cure medicamentose e fisiche.

3) Analoghi effetti si possono avere in altre malattie così dette reumatiche come alcune affezioni dei nervi periferici e particolarmente nella sciatica.

4) Alcune nefropatie, e particolarmente la glomerulonefrite, sono talvolta in rapporto con angine. Talvolta in seguito ad un eccitamento meccanico del foco infetto (percussione di denti malati) si ha un netto peggioramento del reperto urinario, mentre l'eliminazione del focolaio stesso può determinare il miglioramento e la guarigione della nefrotapia. È degno di nota il fatto che le nefropatie così frequenti in tempo di guerra, le così dette nefriti da campo, sono più di rado in rapporto a foci tonsillari; esse sono verisimilmente in relazione a piodermiti o affezioni acute dei bronchi da raffreddamento.

5) L'endocardite, come è noto, si determina insieme alla poliartrite acuta dopo una angina. Analogamente, quantunque più di rado, si produce la miocardite. Ma oltre a ciò si hanno talvolta disturbi cardiaci (tachicardia, cardiopalmo, fitte al cuore) che sono sicuramente in rapporto con infezioni focali specie delle tonsille.

6) Vi sono infine disturbi generali (deperimento, fiacchezza, ipertermia) che trovano la loro spiegazione in foci infettivi.

Le infezioni focali finora accertate sono in ordine di frequenza localizzate alle tonsille, ai denti, al rinofaringe, all'orecchio, alla cistifellea, alla vescica, al tratto genitale, ecc.

Premesse queste considerazioni l'Assman riferisce i risultati delle osservazioni cliniche e delle indagini catamnestiche praticate su 150 casi, nei quali si potette dimostrare il rapporto tra malattia generale ed infezioni focali.

Nei casi di poliartrite acuta si potette dimostrare la frequente preesistenza di un'angina e molto spesso l'esistenza in atto di alterazioni tonsillari. Scomparsa la febbre ed i fenomeni articolari acuti si procedette all'asportazione delle tonsille. Le successive indagini fecero rilevare che gli infermi non ebbero ulteriori manifestazioni articolari e godettero un completo benessere.

In altri casi di poliartrite con decorso lento non si riuscì a mettere in evidenza la preesistenza di infiammazioni tonsillari. Tuttavia si potette accertare la presenza di focolai purulenti nelle tonsille. La tonsillectomia non provocò effetti evidenti nè immediatamente nè a distanza di anni. Più chiari apparvero invece i rapporti tra queste forme articolari e foci dentari: l'eliminazione del dente malato determinò quasi sempre un netto miglioramento.

Nella spondilite anchilosante i risultati dell'eliminazione di foci infettivi orali furono meno favorevoli, ma ciò non può fare escludere che si tratti di un'affezione infiammatoria, come sostengono alcuni.

I disturbi reumatici generali senza evidenti manifestazioni a carico delle articolazioni migliorarono nettamente o scomparvero con l'eliminazione delle tonsille malate e, ancora meglio, dei foci dentari.

Nei casi di nefrite acuta e subacuta si potette molto spesso dimostrare una pregressa affezione tonsillare. In seguito alla tonsillectomia, praticata dopo la scomparsa dei fenomeni renali acuti, si notò un miglioramento del reperto renale. L'eliminazione di foci dentari dette esiti favorevoli meno frequentemente. Nessun risultato si ebbe nelle nefriti croniche.

Di speciale importanza pratica furono i fatti acuti e cronici osservati a carico del cuore prodotti da affezioni tonsillari. Gli elettrocardiogrammi sistematicamente praticati misero in evidenza alterazioni per lo più transitorie e recidivanti dell'eccitabilità cardiaca ed anche

a carico del miocardio. In seguito alla tonsillectomia si ebbe la scomparsa tanto dei disturbi subiettivi che di quelli obiettivi.

Le lesioni endocardiche, che pure sono in così diretto rapporto con il reumatismo articolare acuto, non furono gran che influenzate dall'eliminazione dell'eventuale infezione focale. Tuttavia è raccomandabile la loro eliminazione per evitare possibili riaccensioni.

Negli stati subfebbrili, in mancanza di apprezzabili alterazioni degli organi interni alle quali si possa attribuirli, è da ricercare il foco infettivo. Tale ricerca è sempre difficile e spesso non dà risultati.

In conclusione una gran quantità di affezioni, che sono generalmente denominate reumatiche, con localizzazioni articolari, cardiache, nervose, muscolari, renali, ecc., o con fenomenologia generale, hanno la loro causa in foci infettivi, la cui sede più frequente è nelle tonsille e nei denti.

L'eliminazione di tali foci è sempre indicata. Essa può determinare il miglioramento e la scomparsa, specie dei fenomeni morbosi acuti, e nei casi cronici vale per lo meno ad evitare l'aggravamento della condizione o la comparsa di riacutizzazioni. DR.

Il « locus minoris resistentiae ».

(H. F. O. HABERLAND. *Medizinische Welt*, 21 gennaio 1939).

La maggior parte degli agenti infettivi colpisce determinati organi e tessuti, ciascuno dei quali, quindi ha una diversa disposizione verso le infezioni. Perchè l'orchite è una complicazione frequente della parotite? Perchè di regola la tubercolosi colpisce l'epididimo e non il testicolo, e la sifilide viceversa? Questi come altre centinaia di fatti analoghi dimostrano che i tessuti hanno una differente disposizione costituzionale verso le varie infezioni. Gli agenti infettivi scelgono ed aggrediscono il loro particolare « locus minoris resistentiae ». Così se sotto la cute di un coniglio si trapianta un pezzo di pulmone, e s'inocula poi all'animale il bacillo tubercolare, questo si localizza nel tessuto pulmonare conservato e non in quello diventato necrotico.

Il l. m. r. è una proprietà del tessuto vivente che può essere modificato o creato da numerose condizioni esterne. Gli impulsi nervosi, la mestruazione, il cambiamento di clima, le malattie, i traumi possono farlo comparire là dove non esisteva.

Si spiegano così le infezioni latenti o silenziose, che esplodono sotto l'influenza di fattori più o meno rilevabili.

Analogamente vi sono malattie cutanee nelle quali le lesioni prediligono determinate zone vi sono malattie del ricambio nelle quali il prodotto dell'alterato metabolismo si deposita in determinati posti, ed infine i tumori hanno speciali sedi di preferenza. Le stesse metastasi colpiscono più frequentemente determinati punti del corpo, determinati organi, determinate parti dello scheletro senza perciò seguire necessariamente le vie circolatorie.

Vi sono individui che soffrono mialgie in alcuni gruppi muscolari, le quali si ripresentano sempre nella stessa sede anche a distanza di mesi e di anni. Altri sofferenti di ulcera duodenale si curano e finiscono per non avvertire alcun disturbo: ma dopo qualche tempo, di solito di primavera o d'autunno, sono afflitti dalle medesime sofferenze.

I calli di frattura, anche quando la guarigione è perfetta, diventano dolenti ad ogni variazione atmosferica.

Un'ulcerazione delle gambe, anche se ben cicatrizzata, può riaprirsi alla minima azione lesiva.

La reazione di qualsiasi azione a stimolo su di un « locus minoris resistentiae » è molto variabile. Si possono avere nuove manifestazioni ossia un peggioramento del focolaio morboso, o anche fatti favorevoli nel senso di un miglioramento. Così un trauma può esercitare un'azione curativa come è dimostrato dalle operazioni di Duvernay e Cleret e di Robertson-Lavall sull'artrite deformante dell'anca. Secondo Schachutow ogni trauma prodotto a tempo opportuno può avere un'azione su un processo tubercolare delle ossa. L'eccitazione e la reazione infiammatoria indotte dal trauma possono promuovere i processi biochimici dei tessuti migliorando la loro nutrizione e quindi agevolando l'azione locale di difesa.

Dal punto di vista immunbiologico il l. m. r. è costituito secondo Scheinin dal focolaio infettivo o spento e non dal punto della ferita o della contusione. Un trauma adeguato può esacerbare un focolaio nel punto stesso dove ha agito e sviluppare per via ematogena l'infezione in qualsiasi organo. Con ciò si verrebbe ad ammettere che non è necessario che un'osteomielite tubercolare si sviluppi nel punto dove si è esercitata un'azione violenta, per riconoscerne l'origine traumatica.

Comunque entra sempre in gioco un l.m.r.; è questo che diventa la sede di un processo morboso in determinate condizioni. Anche la mestruazione e la poliartrite possono mobilizzare il bacillo di Koch e determinarne il passaggio nel circolo sanguigno, ma ciò non provoca necessariamente lo sviluppo o il peggioramento della tubercolosi. Perchè si abbia una tale evenienza è indispensabile la preesistenza di un l. m. r.

Secondo Fici un trauma indiretto può agire su di un focolaio tubercolare latente attraverso un abbassamento del tono dei tessuti indotto da disturbi dell'equilibrio neuro-vegetativo provocati dallo shock. Ciriminna ammette che una ferita può riattivare un processo osseo latente per una diminuzione dell'immunità locale provocata direttamente (iperemia, emorragia) o indirettamente (febbre da riassorbimento). In determinate circostanze alcuni stati morbosi abbassano la resistenza naturale fino

al punto da attivare focolai infettivi latenti. L'influenza, il morbillo e altre malattie, il digiuno, il colpo di sole, gli scuotimenti possono determinare focolai infettivi latenti, ossia mettere in evidenza un l. m. r.

Non solo i vari tessuti del corpo, ma anche gli organi possono costituire un l. m. r. Molti individui in seguito al minimo raffreddamento ammalano di tonsillite o di raffreddore: le loro tonsille e la loro mucosa nasale, sono sensibilissime alle perfrigerazioni, costituiscono quindi un l. m. r. Alcuni hanno disordini gastrici o intestinali in seguito all'ingestione di determinati alimenti, che in altri non provocano alcun disturbo.

Alcuni individui se mangiano fragole, ostriche sono colpiti da orticaria. In tal caso il l. m. r. non è costituito da un punto del corpo o da un organo, ma dall'intero organismo. A questo gruppo appartengono le allergie, le anafilassi congenite o acquisite, le idiosincrasie e la predisposizione individuale per diverse malattie. Al riguardo vanno ricordate le particolari sensibilità di molti individui ai cambiamenti di clima, ai mutamenti atmosferici, alle singole stagioni e simili. DR.

Sul concetto della reazione compensatoria.

(H. HUNGERLAND. *Klin. Wochenschr.*, 15 aprile 1939).

Compensatorie sono tutte quelle reazioni che avvengono automaticamente per via riflessa e che si risolvono in un vantaggio per l'intero organismo. Se invece la reazione è vantaggiosa per un singolo apparato o una funzione parziale ma in ultima analisi dannosa per l'organismo in toto, essa non si deve considerare compensatoria. Tali false reazioni compensatorie sono la iperglicemia del diabetico (migliore utilizzazione del glucosio ematico ma danno al sistema insulare), l'aumento del volume di sangue per minuto nell'asma cardiaco (migliore irrorazione della periferia ma iperlavoro e danno per il cuore), il vomito acetonemico dei bambini (diminuzione della acidosi per la perdita di acido cloridrico gastrico, ma grave pericolo per l'organismo per la forte perdita di cloro e la disidratazione) e l'analogo vomito nel coma diabetico, la ipertensione nel rene grinzo (miglioramento della diuresi ma danno per il miocardio del ventricolo sinistro).

L'apparato circolatorio offre esempi tipici di reazioni compensatorie. Così quando in muscoli attivi aumenta l'ampiezza del torrente circolatorio la pressione del sangue non diminuisce ma resta normale: la iniziale diminuzione di pressione eccita terminazioni nervose sensibili dell arco aortico e del seno carotico, che per riflesso provocano una vasocostrizione nell'ambito di quegli organi che sono in stato di riposo.

Quando per via riflessa viene inibita la circolazione in un territorio muscolare, si riducono per via riflessa anche i processi ossidativi (il ricambio energetico) nel territorio anemizzato (il sangue venoso è più ricco di ossigeno): questa riduzione del ricambio che non si verifica in casi di inibizione meccanica della circolazione, è utile perchè migliora le condizioni per quegli organi che sono in piena attività.

Un meccanismo compensatorio molto interessante rende più facile il passaggio dell'ossigeno dal sangue materno a quello fetale, nella placenta. Le condizioni della respirazione placentare sono molto meno favorevoli di quelle della respirazione polmonare, perchè è assai più scarsa la differenza tra il contenuto di ossigeno del sangue materno e fetale che quella tra il sangue nei polmoni e l'aria inspirata. Osserviamo allora durante la gravidanza uno spostamento verso destra della curva di dissociazione per l'ossigeno, della emoglobina materna (che quindi cede l'ossigeno con maggiore facilità) e uno spostamento verso sinistra della curva di dissociazione della emoglobina fetale (che quindi assorbe più facilmente l'ossigeno). Questi meccanismi reattivi garantiscono una buona ossigenazione del sangue fetale.

Altre reazioni compensatorie sono quelle che con meccanismi vari (sostanze-tampone del sangue, attività polmonare e renale) garantiscono il mantenimento della concentrazione ionica, e la ipertrofia di un rene, testicolo, tiroide se l'altro organo risp. lobo è distrutto o estirpato. Non è invece ancora risolta la questione se nelle infezioni la febbre rappresenti una reazione compensatoria oppure una reazione dannosa che conviene combattere.

P.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

A. X. JOUVE. *Les endocardites malignes prolongées.* Vol. in-8° di pagg. 340. Masson e C., Paris, Fr. 50.

André X. Jouve presenta una monografia sulle endocarditi a decorso prolungato; la nostra endocardite maligna lenta di Marchiafava.

Nella prima parte del lavoro si svolge la presentazione della vasta bibliografia che ha preceduto sull'argomento e che giustifica la varia nomenclatura con cui la malattia è stata successivamente etichettata. Ogni denominazione rende ragione di uno o dell'altro aspetto clinico della forma e serve a ricordare il nome degli AA. che maggiormente hanno contribuito alla sua migliore individualizzazione.

Posto in rilievo il vario nosografismo della « endocardite maligna lenta » l'A. cerca di definirne i limiti che appaiono sempre più elastici rispetto alle nozioni da tempo correnti. Infatti si giunge a comprendervi forme rapide a tipo settico, forme subacute, forme lente e prolungate onde si verifica una specie di

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

smembramento del quadro morboso rispetto a quello classico descritto da Osler.

L'A. poi si ferma particolarmente e originalmente a considerare la malattia nei suoi rapporti di antecedenza col R. A. A. e in base ad autorevoli recenti citazioni ed a un notevole contributo casistico personale anatomicamente corredato, viene a concludere per la assai probabile esistenza di forme primitive di endocardite lenta, cioè non obbligatoriamente ricorrenti su terreno reumatico, come per il passato si era soliti ritenere.

La portata clinica e didattica di queste conclusioni è certamente assai significativa, pur considerando che non è forse molto agevole poter escludere l'eventualità di subdole manifestazioni reumatiche pregresse, le cui alterazioni istologiche possono restare sommerse dalla ricorrenza endocarditica da nuovo agente infettivo.

Un germe di spiccata virulenza con attributi di malignità è capace di queste forme, ma lo studio batteriologico modernamente aggiornato dimostra come la specificità microbica, nel senso voluto da Schottmüller, non possa più essere accettata in pieno.

Non vi sono quindi ragioni sufficienti allo stato attuale per negare che germi vari non possono provocare dei processi infettivi prolungati a localizzazione cardiaca elettiva e decorrenti appunto nell'ambito del quadro clinico della endocardite a decorso prolungato. Poste le basi di questa teoria etiologica eclettica e svincolata dall'obbligatorietà di un pregresso reumatismo acuto, l'A. ribadisce che talora è difficilissimo svelare l'agente morboso, tanto che per i casi ad indagini costantemente negative, anche di fronte ai dubbi sollevati dal reperto autoptico, giunge a prospettare la possibilità di una origine abatterica.

Comunque l'emocultura va ripetuta fino a sorprendere il germe di sortita, ma talora non risolve il quesito etiologico.

Per quanto riguarda il decorso clinico, l'A. parla di caratteri biologici specifici propri allo stipite od anche acquisiti e insiste sopra una diminuzione dei poteri di difesa dell'organismo verso l'infezione.

Il corredo casistico anatomo-clinico è assai ricco, la bibliografia molto aggiornata e perciò il volume risulta molto importante per il medico e lo studioso. Z.

E. BODEN. *Elettrocardiografia per il medico pratico*. Traduz. italiana per il dott. WALTER GALLI. Soc. Editrice Libraria. Milano. Prezzo L. 45.

Il dottor Walter Galli ha compiuto opera veramente utile nel tradurre per la Società Editrice Libraria il volume del prof. E. Boden « Elettrocardiografia per il medico pratico ».

Nel corso di questi ultimi anni una letteratura vastissima è stata dedicata allo studio dell'elettrocardiogramma normale e alle sue modificazioni patologiche, rendendo difficile non solo al medico pratico, ma anche a chi si occupa a fondo della questione, di mantenersi al corrente dei continui progressi che compie questa importante branca della medicina. Il volume del prof. Boden colma questa lacuna perchè per la chiarezza e facile intelligibilità, per la forma semplice e piana, permette a qualunque medico di farsi una cultura sufficiente sull'elettrocardiografia, fornendogli concetti esatti e approfonditi di questo metodo clinico, ormai entrato nell'uso corrente.

Si tratta di quattordici brevi capitoli esposti sotto forma di lezioni o conferenze divisi in una prima parte, nella quale vengono premesse le basi fondamentali teoriche e sperimentali, descritta l'anatomia e fisiologia del cuore e del sistema autonomo ed illustrati i fenomeni elettrici legati all'attività cardiaca. Successivamente viene descritto l'elettrocardiogramma normale e le alterazioni che ancora rientrano nel campo fisiologico, i così detti elettrocardiogrammi atipici. La seconda parte tratta l'applicazione pratica dell'elettrocardiografia, distinta nelle aritmie cardiache e nei disturbi in cui il battito cardiaco si mantiene regolare. Nel primo capitolo vengono ampiamente illustrati i disturbi del ritmo nelle aritmie sinusali, nelle extrasistoli, nella tachicardia parossistica, nel flutter, nella fibrillazione auricolare, nei disturbi di conduzione dello stimolo. Nel secondo capitolo vengono illustrate le modificazioni dell'elettrocardiogramma nei cambiamenti di posizione del cuore, nei vizi cardiaci, nelle modificazioni di forma e grandezza delle singole sezioni del cuore. Altre due conferenze sono dedicate all'importantissimo capitolo delle malattie del miocardio e dei vasi cardiaci con particolare riguardo alle modificazioni dell'onda T nelle malattie delle arterie coronarie. L'opera è corredata da bellissimi tracciati originali e da schemi chiarissimi, facilmente intelligibili, che rendono pienamente il concetto da illustrare.

Il dott. Walter Galli ha aggiunto un capitolo (bisogna ricordare che si tratta della traduzione della seconda edizione tedesca, ormai giunta in pochissimi anni ben alla quarta edizione) sull'alternanza del cuore, sull'esame elettrocardiografico degli atleti, ed uno utilissimo sull'analisi pratica dell'elettrocardiogramma, trattato con molta chiarezza ed equilibrio ora specialmente che, diffusosi con straordinaria rapidità l'uso dell'elettrocardiografo, si vede troppo spesso e con troppa superficialità dare corpo alle ombre nell'interpretazione dei tracciati elettrocardiografici, etichettando ad esempio, per patologiche modificazioni ed accidenti dei complessi elettrocardiografici che rientrano nelle variazioni fisiologiche o strumentali e dimenticando che l'elettrocardiografia, analogamente all'indagine radiologica, non deve costituire che un metodo di ricerca complementare, un'analisi più profonda a dispo-

sizione della clinica, alla quale deve essere lasciata sempre l'ultima parola nel formulare una esatta diagnosi e prognosi nell'arduo e insidioso campo delle malattie del cuore.

Z.

GRIPWALL E. *Zur Klinik und Pathologie des hereditären hämolytischen Ikterus.* Acta Med. Scandinavica, suppl. 96. Upsala 1938).

L'A. raccoglie in questa notevolissima monografia il frutto dello studio di 30 casi di ittero emolitico costituzionale, di cui 16 maschi e 14 femmine.

Il quadro clinico ed ematologico della malattia può essere riassunto nelle due seguenti triadi: ittero-anemia-splenomegalia, e sferocitosi-iporesistenza osmotica-reticolocitosi. Il libro è tutto molto interessante, specialmente proprio per il medico italiano, aggiornato sull'argomento per la larga parte che ne è dovuta a nostri autori. Ci dobbiamo qui limitare, per evidenti ragioni di brevità a riassumere alcune delle conclusioni più importanti.

La splenomegalia fu trovata, di vario grado, in 23 casi. Aumentava sempre in modo evidente durante le crisi. La resistenza osmotica fu sempre diminuita.

Non si sono trovati nei pazienti caratteri costituzionali particolari, tranne iperostosi e modificazioni del sistema osseo, che l'A. ritiene però possano senz'altro essere considerate come conseguenza diretta della malattia. Non ha trovato particolari caratteri costituzionali in senso stretto, sopratutto perchè gli è mancata la base di confronto, e cioè un completo studio della frequenza di quelle stesse alterazioni costituzionali, nei soggetti sani della stessa popolazione, alla quale appartenevano i suoi malati.

Ha particolarmente studiati gli sferociti, trovando che essi hanno sempre un volume maggiore dei soliti globuli rossi; che non si implicano, come i normali, ma si aggregano in agglomerati irregolari e grossolani.

Questo fenomeno può avere, secondo l'A. notevole valore diagnostico.

La reticolocitosi è un sintoma assolutamente costante nei non operati. Studiando i fattori che favoriscono la colorazione vitale, l'A. ha osservato che quanto più il mezzo è acido, tanto meno bene le formazioni vitali si colorano. Ne conclude che la sostanza reticolare è una proteina con punto isoelettrico vicina a pH 5.

Molto interessanti sono i risultati dello studio della velocità di sed. L'A. ha osservato il fenomeno della sedimentazione a veli, consistente nella comparsa, ai limiti superiori della colonna dei globuli sedimentati, di un velo di globuli semisospesi. Questi sono quasi tutti reticolociti, e il fenomeno non è caratteristico del sangue dell'ittero emolitico, ma di tutti i sangui che contengono molti reticolociti.

Circa la patogenesi della malattia, l'A. ritiene trattarsi di una anomalia primaria ereditaria dei globuli rossi, che si manifesta con alterazioni di forma (sferocitosi) di resistenza osmotica di fronte al NaCl e alla lisolecitina.

A questo fattore essenziale nella patogenesi, si aggiunge un aumento della fisiologica funzione di « endopausa » del sangue nella milza stessa.

L'abnorme funzione splenica fa così manifesta la situazione patologica.

Per quanto riguarda le prognosi e la terapia, l'A. è di opinione che i pazienti affetti da questa malattia siano ammalati ben più di quanto riteneva Chauffard, dicendo che sono più degli itterici che dei malati. La splenectomia dà sempre guarigione. La possibilità di recidive, spesso discutibili, sempre molto rare, non deve fermare la mano guaritrice del chirurgo.

M. COPPO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 27 marzo 1939-XVII.

Presidente: prof. S. LABRANCA.

La propagazione dei processi suppurativi nel palmo della mano, studiata col metodo radiologico.

BELLONE A. — L'O. ha studiato col metodo radiologico il modo di propagarsi delle suppurazioni al di sotto dell'aponeurosi palmare media. Egli ha potuto osservare che il materiale iniettato si espande nella loggia intermedia e può da essa passare all'avambraccio o alla parte distale della mano. Il liquido, inoltre, può espandersi nella loggia tenare, comprimendo i muscoli di detta loggia; mai l'O. ha osservato, anche con grandi quantità di liquido, il propagarsi di questo nella loggia ipotenare.

Sulla coltivabilità del virus rabbico.

SAVAGNONE L. — L'O. ha ripetuto le ricerche di Peragallo sulla coltivabilità del virus rabbico, seguendo la tecnica da lui indicata, ma ha ottenuto dei risultati che sono contrastanti con quelli dallo stesso riportati.

Sulla trasfusione di sangue eterogeneo in animali trattati con liquido di Ringer formolizzato.

BARRESI G. — L'O., basandosi sulle ricerche di Ducceschi e della sua scuola che hanno dimostrato la possibilità della trasfusione eterogenea servendosi della proprietà di blocco esercitata dal formolo mescolato al sangue da trasfondere, ha studiato tale possibilità introducendo in antecedenza — e con varie modalità — il formolo nell'organismo ricevente e praticando in prosieguo di tempo la trasfusione di sangue eterogeneo puro.

Sopra alcune interessanti forme anemiche. Discussione di 3 casi.

D'ALESSANDRO G. — L'O. espone brevemente la storia clinica di 3 casi di anemia che offrono interesse per la rarità della forma morbosa e per la difficoltà d'inquadrarli nei comuni schemi di classificazione. Si sofferma ad illustrare particolarmente il reperto del sangue periferico e di quello midollare (puntura delle apofisi spinose vertebrali).

Il Segretario: prof. A. AMATO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Ipertiroidismo ricorrente.

Cattel A. Morgan (*Surgery, gynecology a. obstetrics*, n. 2, 1939) tratta dell'ipertiroidismo ricorrente e permanente che può seguire ad una tiroidectomia subtotale non eseguita adeguatamente e ritiene che tali forme possono essere trattate per mezzo dell'escissione subtotale della parte di tiroide rimasta. Egli riporta una notevole statistica (306 casi) di pazienti operati, durante un periodo di 10 anni di ipertiroidismo ricorrente o persistente. Raccomanda la tiroidectomia radicale subtotale per tutti i pazienti aventi un tasso di jodio nel sangue normale o diminuito, ammettendo che la escissione subtotale della tiroide rimasta è una operazione difficoltosa la quale può essere seguita da un'alta percentuale di complicazioni.

I pazienti i quali presentano ipertiroidismo ricorrente determinante diminuzione di peso, aumento del metabolismo basale, e inabilità al lavoro devono essere sottoposti, secondo l'A. al trattamento chirurgico. TOSATTI.

Tetania paratiroidea postoperativa.

H. M. Margolis e G. Krause (*The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 25 marzo 1939) hanno descritto un caso di tetania paratiroidea post-operativa che merita di essere reso noto sopra tutto per la terapia che fu usata.

Si trattava di un giovane trentenne affetto da gozzo esoftalmico in cui si fece una tiroidectomia subtotale. Pochi giorni dopo l'intervento cominciò ad avere contratture delle dita delle mani e dei piedi e delle gambe. Il gluconato di calcio, il lattato di calcio, l'olio di fegato di merluzzo, il viosterolo, la soluzione di paratiroide in dose di 75 unità al giorno non ebbero alcuna efficacia.

Fu allora iniziata la cura di diidrotachisterolo, che fu somministrato in dosi oscillanti fra 3 e 5 cc. al giorno. Dopo aver preso complessivamente 28 cc. di questo medicamento non solo la tetania scomparve, ma si ebbe anche ritorno al normale del contenuto in calcio e fosforo del sangue.

Il diidrotachisterolo è un derivato del tachisterolo, frazione chimica dell'ergosterolo irradiato. Esso ha notevole influenza sul contenuto in calcio del sangue. È indicato come « A.T.10 » e preparato in soluzione oleosa. Il primo a servirsene nella tetania paratiroidea post-operatoria è stato Holtz nel 1934. Ha azione che si prolunga oltre il giorno della somministrazione.

L'uso eccessivo del diidrotachisterolo può dare languore, anoressia, nausea, vomito e, nei casi più gravi, cefalea, atassia delle estremità, albuminuria, esantemi. Questi disturbi si curano colla sospensione del medicamento, col riposo in letto, l'abbondante somministrazione di liquidi e lassativi. Il controllo frequente della calcemia evita i disturbi da eccesso di dose. L.

La questione del diabete renale.

R. Wolff (*Z. Blatt f. inn. Med.*, 28 gennaio 1939) rileva che la diffusione della terapia insulinica ha dimostrato che vi sono dei componenti extrainsulari anche nel diabete in apparenza unicamente insulare. Questo riporta alla discussione sul diabete renale, che da alcuni autori è stato messo in dubbio. L'A. riporta due osservazioni personali interessanti.

Nell'uno si trattava di un uomo di 40 anni sano e di famiglia non tarata con glicosuria indipendente dall'ingestione di carboidrati e con valori e curve normali di glicemia. La comparsa della glicosuria era stata preceduta da disturbi nervosi ed era da attribuirsi a diabete renale, in quanto che vi era soltanto un abbassamento della soglia renale per il glucosio, senza segni di disfunzioni ormoniche, particolarmente ipofisarie. Analoga è l'altra osservazione di una donna di 43 anni ricoverata in ospedale per disturbi neuralgici.

In tali casi, l'azione dell'insulina non ha effetto sulla glicosuria e soltanto provoca dei disturbi ipoglicemici. Il diabete renale presenta molte analogie con quello da florizina o da altre sostanze (sublimato, uranio, ecc.). Le cause di esso non vanno ricercate in modificazioni del tessuto renale, ma sono da ritenersi generali, forse con la partecipazione di fattori endocrini, come dimostra la somiglianza con la glicosuria delle gravide. L'eredità può anche avere qualche influenza; la figlia del primo paziente dell'A. presentava anch'essa un diabete renale. Tra i fattori costituzionali ed endocrini va ricordata nel determinismo del diabete renale, anche l'aumentata eccitabilità del sistema nervoso vegetativo.

Esso non abbisogna di una speciale terapia; l'insulina è controindicata per i fatti ipoglicemici che può determinare. Importante è la distinzione col diabete mellito, per evitare inutili e dannose restrizioni di dieta; del resto, non è impossibile che dal diabete renale si passi anche al mellito e sarà quindi opportuno il procedere a sistematici controlli della glicemia. *fil.*

L'azione del testosterone sul decadimento senile.

I sali di testosterone, ormone maschile sintetico, hanno avuto un certo successo nella cura del prostatismo. Ma sembra che la loro azione si estrinsechi su tutto l'organismo rallentando per lo meno i fenomeni di decadimento fisico e mentali che caratterizzano la vecchiaia.

Laroche, Simonnet, Bombard e Huet (*Bull. de Médec.* 7 giugno 1938) hanno trovato che il testosterone determina rapidamente un sollevamento di tutte le forze fisiche, una maggiore lucidità mentale, e talvolta anche modificazioni dell'aspetto del vecchio. Si tratta però di un miglioramento che dura finchè dura la cura. Conviene quindi insistere. Comunque non sono necessarie dosi elevate.

Le dosi di sali di testosterone adoperate sono state in generale di gr. 0,040 ed anche di gr. 0,020 in quindici giorni.

Alcuni soggetti hanno seguito il trattamento senza interruzione per oltre due anni. I risultati ottenuti sono stati più che soddisfacenti. I caratteri della senilità si sono attenuati, qualche disturbo è scomparso, ed in qualche caso si è avuto perfino un rafforzamento della potenza sessuale. È opportuno però che i pazienti siano consigliati a non abusare di quest'ultimo vantaggio. DR.

SEMEIOTICA

La prova della fenolftaleina nelle ipertonie e nelle nefropatie bilaterali.

È descritta da W. D. Germer (*Zentralbl. f. inn. Mediz.*, 15 aprile 1939). Iniettato nella vena 1 cmc. di soluzione, corrispondente a 0,6 mg. di sostanza colorante, si raccoglie l'urina in liquido alcalino e si determina colorimetricamente la quantità di colorante eliminato. Si considerano la quantità totale eliminata entro 2 ore, il 1/4 d'ora di massima eliminazione, il momento della prima comparsa del colorante nella urina, e la quantità eliminata nella seconda ora. In 20 individui con reni e fegato sani la eliminazione nelle 2 ore variò da 58 % a 97 %, il momento della prima comparsa, da 2 1/2 a 10 1/2 minuti. Nel primo 1/4 d'ora venne eliminato il 28 %-61 %. In casi rari anche individui a reni sani eliminano ancora colorante nella seconda ora: questo reperto era costante in 5 casi di sclerosi maligna. In 3 casi di ipertonia essenziale e in 2 di forma di passaggio la prova riuscì normale; in un terzo caso di quest'ultima forma, la eliminazione totale era subnormale (era già aumentata l'urea nel sangue).

Prova normale in 2 su 6 casi di glomerulonefrite cronica, nonostante che in uno la « urea clearence » e la costante di Ambard indicassero una netta disfunzione renale. Tre altri casi mostrarono come unica anomalia una persistenza di eliminazione nella seconda ora, in un solo caso era inferiore al normale la eliminazione totale. In nessuno dei 6 casi si osservò spostamento dal quarto d'ora di massima eliminazione. In 4 casi di nefrite cronica con partecipazione nefrotica la eliminazione si prolungava nella seconda ora: in 2 di essi era anche diminuita la eliminazione totale.

Tre di 4 casi di glomerulonefrite con insufficienza incipiente dimostrarono una notevole diminuzione della eliminazione totale e uno spostamento del momento di massima eliminazione; nel quarto caso la prova riuscì normale, nonostante che la prova della concentrazione e la esistenza di una retinite dimostrassero la entità delle lesioni renali. In 4 casi di insufficienza manifesta del rene vennero eliminate solo tracce del colorante durante vari giorni.

La prova della fenolftaleina non può quindi affatto sostituire le altre prove di funzionalità renale; essa le completa soltanto. Volendo o dovendo limitarsi ad una sola prova la migliore è sempre la prova della concentrazione. P.

NOTE DI RADIOLOGIA

Esame radiologico dello stomaco in casi di pellagra.

Tyndelt e Tamber (*Med. Klin.*, n. 33, 1938) hanno studiato 13 casi di pellagra (in Rumenia, Cernakti). In tutti vi era achilia o ipocloridria. In 4 soli lo stomaco aveva aspetto normale, negli altri presentava intensa atonia, ipoperistalsi, scomparsa completa o quasi delle pliche della mucosa.

Gli AA. mettono in rilievo la possibile importanza di queste alterazioni nella patogenesi della pellagra. Invero molti studi sono stati dedicati in passato alle alterazioni del tratto digerente in questa malattia, ma nessuno ne esisteva dedicato allo studio radiologico di questo apparato. SOTGIU.

L'urografia endovenosa nel lattante e nel bambino.

In base ad una personale esperienza di circa 500 urografie per via endovenosa eseguite nel Reparto infantile dell' Ospedale Trousseau, E. Sorrel e J. E. Marcel (*Soc. de Pédiatrie*, Paris, 20 déc. 1938) possono affermare la innocuità del metodo dal quale non hanno mai avuto alcun incidente. Spesso con tale indagine è possibile arrivare ad una esatta diagnosi senza dover ricorrere alla esplorazione strumentale che talvolta è pure necessaria, ma che praticata in serie nel bambino è indaginosa e talora anche non priva di pericoli.

L'urografia endovena, che tuttavia richiede una attenta esecuzione ed una esatta interpretazione, dovrebbe quindi, secondo gli AA. essere il primo esame da eseguirsi nella necessità di una esplorazione urografica nel bambino o nel lattante. MONTANARI.

EPIDEMIOLOGIA.

Un anofele importato dall'Africa nel Brasile, ove diffonde la malaria.

Il presidente della Fondazione Rockefeller, dott. R. B. Fosdick, nell'ultima sua relazione annuale (*A review for 1938*, opusc. di pp. 72, New York 1939), descrive l'invasione che l'*Anopheles gambiae*, detto anche *A. costalis*, va

effettuando nel Brasile, ove esso è stato importato dall'Africa.

L'importazione presumibilmente è avvenuta con piroscafi rapidi che fanno servizio tra Daccar e Natal; fors'anche per mezzo di velivoli.

Il *gambiae* è un attivissimo vettore di malaria. In una sola regione brasiliana, la valle di Jaguariba, già si contano 50.000 casi, cioè il 90 % degli abitanti; in alcuni distretti la mortalità ha raggiunto il 10 ‰. Si teme che questo insetto estenda ed intensifichi le sue stragi.

Una descrizione di tale invasione venne già fatta, al suo inizio, da Nelson C. Davis, della Fondazione Rockefeller, nella *Rivista di Malariologia*, 1931, p. 43. Da allora l'insetto ha continuato lentamente ma inesorabilmente la sua progressione, come risulta da un rapporto pubblicato da G. de Souza Pinto, direttore dei servizi antimalarici del Brasile, nella stessa rivista, 1938, p. 461. Il malariologo brasiliano riferisce anche sulle rigorose misure di difesa e di lotta che vengono attuandosi.

È chiaro che gli attuali mezzi rapidi di trasporto possono assumere molta parte nella diffusione della malattia. G. A.

MEDICINA SCIENTIFICA

Realizzazione sperimentale dell'adenoma prostatico.

La tesi attualmente in auge sulla patogenesi dell'adenoma prostatico è quella secondo la quale l'adenoma prostatico sarebbe legato ad un disquilibrio ormonico per carenza testicolare: il testicolo (sotto la dominazione dell'ipofisi) elabora ormoni maschili e femminili normalmente « equilibrati », ma antagonisti, come dimostra la ormai riconosciuta presenza della follicolina nell'organismo maschile. Con la senilità diminuisce la produzione degli ormoni maschili, sicchè quelli femminili, non più controbilanciati, provocherebbero l'ipertrofia della prostata.

Siccome anche nel cane vecchio si può avere *spontaneamente* una ipertrofia della prostata G. Petit, P. Gley e E. Béraut (*Bull. l'Acad. Méd.*, 28 marzo 1939) hanno voluto osservare gli effetti prodotti in cani impuberi da una iperfollicolinemia temporanea iniettando in essi per 12-15 giorni una dose di benzoato di diidrofollicolina di 2000 unità internazionali. I risultati sono sempre consistiti in una specie di risveglio dell'epitelio uretrale sotto forma di una intensa proliferazione con formazioni adenomatose della prostata primitiva che, sotto l'influsso della follicolina, raggiunge se non lo sviluppo almeno la struttura di una prostata adulta. Secondo l'A. tale ipertrofia è nettamente adenomatosa in corrispondenza della proliferazione dell'epitelio uretrale: non si ha invece nella prostata un vero e proprio adenoma. Bisogna tener conto però che il trattamento è durato solo una quindicina di giorni, mentre per la realizzazione di un tumore, di una ipertrofia prostatica macroscopicamente comparabile a quella dell'uomo occorrerebbe un tempo molto più lungo. F. Tosti.

Epitelioma sperimentale dello stomaco. Immunizzazione per via sottocutanea.

Besredka A. et Gross L. (*Ann. Ist. Past.*, marzo 1939). riportano una serie di ricerche molto interessanti condotte nel coniglio con l'epitelioma trasmissibile di Pearce e Brown. Da studi precedenti di Besredka e collaboratori, risultava che l'evoluzione di questo tumore può variare a secondo della via di inoculazione della sospensione tumorale che provoca la formazione del tumore stesso. Così ad es. la sospensione tumorale dà luogo a una neoplasia maligna seguita da metastasi negli organi interni, quando venga inoculata nel testicolo (via scelta in genere per il passaggio del tumore da coniglio a coniglio), mentre essa provoca la formazione di un tumore praticamente benigno, a relativamente rapido riassorbimento e guarigione, quando venga inoculato per via intradermica.

Altro fatto importante da ricordare, pure messo in evidenza da Besredka in precedenti esperienze, è che gli animali, dopo la guarigione di un tumore cutaneo, divengono completamente immuni verso l'inoculazione della sospensione tumorale, anche in quei tessuti (testicolo, camera ant. dell'occhio, cervello) nei quali l'epitelioma evolve con la maggiore gravità.

Nelle esperienze qui esposte, gli AA. dimostrano che la diretta inoculazione della sospensione tumorale nella parete gastrica di coniglio dà luogo con altissima frequenza (nella quasi totalità dei casi) alla formazione di epitelioma gastrici più o meno voluminosi: lo stomaco di coniglio manifesta perciò una recettività pronunciata verso l'epitelioma di Brown-Pearce. La comparsa della neoplasia è preceduta da un breve periodo di incubazione e si traduce in una massa localizzata al punto di inoculazione, che può raggiungere nello spazio di 10-15 giorni anche il volume di un uovo; nella metà circa dei casi il tumore si accompagna a metastasi negli organi interni.

Anche per questa via di inoculazione della sospensione tumorale, i conigli si dimostrano completamente immuni, quando essi abbiano presentato nel passato un tumore di Brown e Pearce, a sede cutanea, poi riassorbitosi.

Queste ricerche condotte su un numero grande di animali, vengono ad accrescere l'importanza del tumore di Brown e Pearce, che è da considerarsi come un esempio di epitelioma maligno trasmissibile: è da tener presente però che sopratutto per la rapidità di evoluzione (sviluppo in pochi giorni di tumori anche molto voluminosi) questo epitelioma si distingue da quelli che si osservano in altri mammiferi e nell'uomo, caratterizzati invece da una notevole cronicità di decorso.

F. Magrassi.

LE PAGINE DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Leishmaniosi cutanea.

Ricordi clinici. — La Leishmaniosi cutanea, assai frequente anche da noi contrariamente a quanto si credeva pochi anni or sono, è dovuta alla localizzazione di un parassita (Leishmania) nella cute. Si presenta talvolta sotto l'aspetto del classico Bottone d'Oriente, per lo più sulle parti scoperte. Ma più spesso sotto apparenze varie (granulomatoso, vegetante, ulceroso, ecc.) e di grandezze diverse. Simula molto spesso, in modo sorprendente, la tubercolosi cutanea. La diagnosi deve essere confermata dal reperto del parassita nella cute ammalata.

Terapia esterna. — Si può dire che solo la terapia esterna sia veramente efficace. Si tratta di distruggere in qualsiasi modo il tessuto invaso dai parassiti. Quando la dermatosi è di piccola estensione la distruzione si può fare con il termocauterio o meglio con la elettrocoagulazione. Il Flarer ha consigliato di curare le Leishmaniosi cutanee con iniezioni di Atrebin nella cute ammalata.

Infatti con una o poche di queste iniezioni locali la lesione scompare lasciando buona cicatrice. Quando la Leishmaniosi cutanea sia più estesa la cura è più indaginosa e richiede più attenzione, sopratutto per non produrre delle vaste cicatrici che possono deturpare. Le iniezioni locali di Atrebin sono anche in questi casi efficaci, ma vanno fatte più numerose.

I raggi Roentgen possono anche riuscire efficaci.

Terapia interna. — Si consigliano i preparati di Antimonio per via endovenosa, che da soli però difficilmente riescono a guarire la Leishmaniosi cutanea. Tartaro stibiato all'1 %, 5-10 cent. cubi nelle vene, oppure uno dei preparati di antimonio specializzati che si trovano in commercio.

Blastomicosi.

Ricordi clinici. — Dermatosi molto rara, di apparenza varia e che può simulare la tubercolosi o la sifilide. Si può presentare sotto forma di nodi, di vegetazioni, di tessuto granulomatoso di varia forma ed estensione, e per lo più nelle parti scoperte. Per precisare la diagnosi è necessario ricercare e mettere in evidenza dei blastomiceti.

Terapia esterna. — Col termocauterio o mediante elettrocoagulazione distruggere il tessuto ammalato. Se vi sono formazioni ascessuali aprire e cauterizzare il fondo e cospargere iodoformio, oppure fare impacchi con soluzione iodo-iodurata. Può anche riuscire utile la Roentgenterapia.

Terapia interna. — Ioduro di potassio a forti dosi (6-8 grammi) e per lungo tempo.

Idroa vacciniforme.

Ricordi clinici. — La idroa vecciniforme si presenta con delle vescicole di media grandezza ombelicate al centro, che per solito guariscono lasciando delle cicatrici tipo vaiuolo. È malattia rarissima ed è dovuta ad anomala ipersensibilità della pelle alla luce solare. Talvolta nelle orine si trova porfirina.

Terapia. — Non si conosce cura alcuna contro la idroa vacciniforme. Raccomandare di non esporsi ai raggi solari. Quando ci si trova di fronte a formazioni vescicolose detergere, calmare con impacchi, ed eventualmente applicare una pomata all'acido borico.

Pr.		
	Acido borico	gr. 3
	Vaselina	gr. 60
	Lanolina	gr. 40

Erisipela.

Ricordi clinici. — Rossore violento della cute, frequente alla faccia, un po' tumido, talvolta con edema, accompagnato da fenomeni generali (brivido, febbre, cefalea, ecc.). Il rossore si estende rapidamente ad occupare talvolta anche vaste regioni. È dolente.

Terapia esterna. — Impacchi sulle chiazze erisipelatose con soluzioni disinfettanti od astringenti. Meglio, forse, fare impacchi con soluzione di ittiol (2-5 %), od anche applicare pomata all'ittiolo.

Pr.		
	Vaselina	gr 60
	Lanolina	gr. 40
	Ittiolo	gr. 10

Se sulle chiazze eritematose si formano delle bolle, romperle e toccare il fondo con soluzione di nitrato di argento al 2 %.

Terapia interna. — Si tratta di ammalati talvolta in condizioni generali piuttosto gravi. Sorvegliare pertanto da vicino gli erisipelatosi in tutta la loro evoluzione e fare terapia adeguata.

Si possono usare sieri e vaccini antistreptococcici. Rimedi recenti sono i preparati sulfamidici (Streptosil, ecc.) che talvolta riescono efficacissimi. Questi preparati si possono somministrare sia per bocca che per iniezioni. La via orale oltre ad essere la più comoda è anche la più efficace.

Nodi dei mungitori.

Ricordi clinici. — Uno o parecchi noduli rilevàti sulle mani dei mungitori. Rilievi talvolta pruriginosi, di consistenza piuttosto dura, impiantati su cute sana.

Terapia. — Questi noduli hanno tendenza ad appiattirsi spontaneamente ed a scomparire. Basterà fare toccature con tintura di iodio e coprire con materiale sterile al fine di tenerli isolati. Se fossero alquanto resistenti distruggerli con il galvanocauterio o con la elettrocoagulazione.

Prof. Pier Angelo MEINERI
Direttore Ospedale S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-ASSISTENZIALI

La Politica sanitaria e assistenziale.

Alla Camera dei Fasci e delle Corporazioni è stato in discussione il bilancio del Ministero dell'Interno.

Il C. N. Pompei, sul capitolo concernente assegnazioni a favore dell'Opera Nazionale per la maternità e infanzia, rileva il mirabile sforzo che il Regime compie per tale alta finalità.

Il sottosegretario all'interno Buffarini-Guidi, parlando della politica assistenziale, rende noto che durante l'anno decorso il patrimonio delle istituzioni di assistenza e beneficenza si è arricchito per lasciti di privati benefattori di ben L. 167.769.497,64, di fronte a 88 milioni del precedente anno 1938.

Gli E.C.A. hanno ormai perfezionata la loro attrezzatura, costituendo una ben organizzata rete di assistenza sollecita e tempestiva, che si estende su tutto il territorio nazionale spingendosi fino alle più remote borgate.

Gli E.C.A. nel loro primo anno di vita hanno erogato mezzi di sussistenza per un importo di L. 219.603.134,35.

Vi è qualcuno che ha rilevata la mancanza di unità di indirizzo nella somministrazione degli aiuti ai bisognosi e la eccessiva burocratizzazione degli uffici. Tanto l'una quanto l'altra obbiezione sono prive di serio fondamento.

L'efficacia degli E.C.A. sta proprio nella possibilità di adattamento dell'assistenza alle esigenze locali così varie e multiformi e che impongono volta a volta sistemi, metodi e impiego di mezzi diversissimi.

Il Sottosegretario dichiara poi che la struttura corporativa dello Stato in pieno e completo sviluppo, rende l'ambiente sociale particolarmente ricettivo dei sistemi e dei metodi di medicina pubblica ai quali si ispirano le direttive sanitarie fasciste dettate dal Duce e attuate con rigorosa fedeltà dagli organi tecnici centrali e periferici del Ministero dell'Interno.

« Il compito affidato oggi alla Sanità pubblica — egli ha detto — è quello di conservare e migliorare lo stato di salute della popolazione, garantendo e potenziando sempre più l'efficienza della razza.

« In Regime fascista nessun medico degno di questo nobile titolo può e deve esaurire la sua azione nell'esame del fenomeno individuale disinteressandosi dello stato igienico sanitario della collettività.

« Il Ministero dell'Interno pertanto ha già provveduto a dare opportune disposizioni per l'elevamento culturale e l'aggiornamento professionale dei sanitari chiamati specificatamente ad attendere ai nuovi compiti di medicina sociale. Primi fra tutti i medici condotti, che non sono destinati ormai soltanto alla cura del malato, ma che sono invece divenuti anche i " medici della prevenzione ", considerato che nei piccoli centri debbono presiedere alla attività sanitaria dell'Ufficio d'igiene, dell'Opera Maternità ed Infanzia, della G.I.L. e delle Casse Mutue Malattia.

« Si è provveduto in accordo col Ministero dell'Educazione Nazionale ad elevare anche la cultura professionale delle ostetriche a seguito delle nuove funzioni ad esse attribuite oltre l'assistenza al parto, e che consistono nei compiti di vigilatrici della donna durante l'età feconda, e del bambino dopo la nascita, durante l'allattamento e fino al terzo anno, di coadiutrici del medico nella segnalazione delle anomalie o dei disturbi che possono pregiudicare comunque la capacità genetica della donna.

« Non voglio intrattenere la Camera — continua il Sottosegretario — sulla attività molteplice e varia spesa dalla Direzione Generale della Sanità e dai rinnovati e perfezionati servizi dipendenti nel campo strettamente profilattico; questa attività del resto è nota nella sua esplicazione ed appare efficiente sopratutto nei risultati finora raggiunti.

« Desidero soltanto riferirmi per un momento alla vaccino-profilassi. Come ho già avuto occasione di esporre, il Ministero dell'Interno da alcuni anni procede su questo terreno con una notevole decisione pur sempre contemperata da una mai smentita tradizionale ponderatezza.

« Ultimo nel tempo è il provvedimento che rende obbligatoria la vaccino-profilassi della difterite. In questi giorni la legge è passata al vaglio delle commissioni competenti della Camera e del Senato. Il provvedimento preso dopo una intensa e vastissima esperienza decennale, che ne ha confermata la assoluta innocuità e ne ha stabilita la grande efficacia immunizzante, ha trovato nei due alti Consessi legislativi quasi unanime approvazione. Il che dimostra in maniera evidente e inconfutabile la presenza nella classe dirigente fascista di una nuova coscienza sanitaria ormai generalizzata che si è maturata con rapidità in funzione della avvertita necessità di assicurare sempre più decisamente l'efficienza della razza ».

Il Sottosegretario si è trattenuto anche sulla politica demografica e sulla difesa della razza.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Primario della divisione medica; titoli ed esami; stip. lire 7744; partecipaz. Età limite 45 a. all'1 maggio. Chiedere annunzio. Scad. ore 12 del 31 maggio.

CHIETI. *Consorzio prov. antituberc.* — Due posti di medici direttori di Sezioni dispensariali, a Istonio e Atessa; L. 7200 e 4 quinquenni dec.; indennità di missione; è consentito il libero eserc. Titoli ed esami. Scad. 23 maggio, ore 12. Rivolgersi alla Segreteria.

VENEZIA. *Ospedali Riuniti.* — Pediatra dell'Ospedale Umberto I; titoli ed esami; L. 6000; età limite 45 a. all'11 marzo. Scad. 1 giugno. Chiarimenti dalla Segreteria.

RR. Prefetture.

Proroga della presentazione dei documenti per i concorsi sanitari.

In esecuzione delle disposizioni impartite dal Ministero dell'Interno, Direzione generale di sanità pubblica, si avverte che il termine per la presentazione delle istanze per l'ammissione ai con-

corsi sanitari condotti indetti a suo tempo dalle RR. Prefetture, è stato prorogato a tutto il 20 agosto p. v.

In conseguenza di ciò gli interessati dovranno presentare, entro il termine predetto, le domande corredate dai prescritti documenti.

Sono indetti i seguenti concorsi:

A) per condotte mediche nelle province di:

Milano, 23 posti; scad. 20 agosto, ore 12;
Pistoia, 5 posti; scad. 20 agosto;

B) per medico addetto all'ufficio di assistenza sanitaria del comune.

Enna, coadiutore; scad. 31 maggio, ore 18;
Pistoia, coadiutore; scad. 31 maggio, ore 18.

Per i bandi di concorso, schiarimenti ed altre informazioni rivolgersi alle rispettive RR. Prefetture, Ufficio del Medico Provinciale.

Borse di studio.

Per lo studio delle malattie professionali.

Il Consiglio della Soc. An. Cotonificio di Lombardia nell'intento di esprimere la propria simpatia per l'opera altamente meritoria che svolge nel campo scientifico e sociale la Clinica del lavoro « Luigi Devoto », ha offerto agli Istituti clinici di perfezionamento la somma di L. 5000 da assegnarsi, nel corrente anno accademico, a favore di quel medico assistente di detta Clinica che, a giudizio del direttore della Clinica stessa, risulterà più meritevole di essere favorito nel proseguimento degli studi delle malattie professionali. La Società offerente si propone di ripetere annualmente la stessa oblazione.

Concorsi a premi.

Premi « M. Piccinini »
dell'Istituto per il Medio ed Estremo Oriente

L'Istituto Italiano per il Medio ed Estremo Oriente ha bandito un nuovo concorso per una monografia in lingua italiana sul tema « Medicina Orientale Antica e Moderna ». L'opera deve essere inedita e non aver partecipato ad altri concorsi. Il premio da conferirsi è di L. 5000 offerto dal gr. uff. prof. Prassitele Piccinini, in omaggio alla memoria di suo padre prof. Massimo Piccinini al quale il concorso si intitola.

Il concorso si chiude il 28 ottobre 1939-XVII e la proclamazione dell'opera vincitrice verrà fatta il 21 aprile 1940-XVIII.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto Italiana per il Medio ed Estremo Oriente, via Merulana n. 248 (Palazzo Brancaccio) Roma.

R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere.

Sono banditi i seguenti concorsi a premi:

Premi di fondazione Cagnola: 1° « Iperglicemia e ipoglicemia in rapporto alla clinica ». Scadenza 30 dicembre 1939, ore 12. Premio L. 2500 e una medaglia d'oro del valore di L. 500.

2° Una scoperta ben provata: « Sulle cura della pellagra », o « Sulla natura dei miasmi e contagi », o « A vantaggio della aeronautica o dell'aviazione », o « Sul modo di riconoscere facilmente la contraffazione di uno scritto ». Scadenza 30 dicembre 1939, ore 12. Premio L. 1500 e una medaglia d'oro del valore di L. 500.

Premio di fondazione Secco-Comneno. Tema: « Sull'igiene della casa rurale ». Scadenza 30 dicembre 1939, ore 12. Premio L. 864.

Premio di fondazione Luigi Devoto. All'autore di un lavoro, pubblicato, il quale « abbia portato un contributo risolutivo su di un punto della patologia del lavoro ». Saranno ammessi soltanto i lavori pubblicati dal 1° gennaio 1938 al 31 dicembre 1940. Scadenza 31 dicembre 1940, ore 12. Premio L. 10.000.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

L'Accademia di Medicina di New York ha eletto socio corrispondente il prof. Cesare Frugoni, direttore della Clinica medica dell'Università di Roma.

Questa nomina, proposta dal Consiglio dell'Accademia e approvata dall'assemblea dei soci, mentre costituisce un riconoscimento del valore del prof. Frugoni quale studioso e quale clinico, ha lo scopo di contribuire a stringere i rapporti di cordialità tra le professioni mediche dell'Italia e degli Stati Uniti.

Ce ne compiacciamo vivamente col nostro illustre Direttore.

Presso la R. Università di Milano si è riunita la Commissione per il conferimento del premio annuo « M. Piccinini », destinato agli studiosi od ai benemeriti in generale della idrologia italiana.

Venne assegnata una parte (L. 1000) della somma disponibile all'Editore Vincenzo Lischi di Pisa per il volume che egli ha in corso di stampa, « Terme Romane in Italia », di cui è autore il prof. Augusto Botto-Micca (già premiato). Altra parte (L. 1500) venne assegnata alla Associazione Italiana di Idroclimatologia e Talassologia in riconoscimento delle sue multiple benemerenze verso l'idrologia italiana. Il rimanente della somma disponibile, che era quest'anno di L. 5000, si aggiungerà nell'anno prossimo a quella di rendita annuale.

NOTIZIE DIVERSE

25° Congresso nazionale di idroclimatologia e talassologia.

Nei giorni 15-17 giugno si terrà a Salsomaggiore il 25° Congresso Nazionale di Idroclimatologia e Talassologia, coincidente con la celebrazione del centenario della prima cura fatta con quelle acque dal dott. Lorenzo Berzieri. L'Associazione medica italiana d'idroclimatologia e talassologia, presieduta dal prof. Adriano Valenti, di pieno accordo col Gestore delle R. Terme di Salsomaggiore S. E. Rizzatti, ha curato l'organizzazione scientifica del Congresso.

Larga ospitalità la Gestione delle R. Terme prepara ai congressisti, con gite ad altre Stazioni termali della provincia (come Tabiano e S. Andrea Bagni) ed a Parma.

Sono annunciate relazioni dei professori Valenti, Campanacci, Delitala, L. Ferrannini, Lasagna, Piccinini, Silvestrini, Varanini, Vercesi, su argomenti di grande importanza scientifica e pratica.

Largo posto sarà dato alla talassologia, tenendosi presente quanto ricca è l'Italia di Stazioni marine e di spiagge adatte alla Terapia del mare in tutte le sue forme e secondo tutte le sue indicazioni.

Tanto i titoli di nuove comunicazioni idroclimatologiche o talassologiche, come la quota (L. 30) di iscrizione al Congresso, possono inviarsi al segretario generale della Associazione Italiana Idroclimatologica, prof. Celestino Gozzi (via Pascoli 37, Milano), oppure al segretario del Comitato organizzatore locale, prof. M. Varanini, RR. Terme, Salsomaggiore.

Altri congressi e convegni.

La Società tedesca sulla circolazione del sangue (Residenzstrasse 32, Dresden-Blasewitz) ha tenuto la 12ª riunione a Bad-Neuhaim il 25 e il 26 marzo e ha discusso i due temi principali: « Elettrocardiogramma », « Terapia dell'insufficienza cardiaca ». Un resoconto preliminare è comparso in « Zeitschrift f. Kreislaufforschung » (vol. 31, n. 9, pp. 312-317, 1939); il resoconto completo verrà pubblicato tra un paio di mesi.

La 3ª riunione dei dermatologi spagnoli si è tenuta a Siviglia, sotto la presidenza del dott. Fernandez de la Portilla.

L'Associazione degli ospedali cattolici degli Stati Uniti e del Canadà è convocata a Milwankee (Wisconsin), dal 12 al 16 giugno, sotto la presidenza di Monsignor Samuel A. Stritch, arcivescovo di Milwankee; la riunione si svolgerà nell'Auditorium.

L'8° congresso medico cubano si terrà a La Avana dal 17 al 20 dicembre; due giorni prima si adunerà il 7° congresso della stampa medica cubana.

La 6ª dieta dei farmacisti della Germania (2ª dieta dei farmacisti della Grande Germania) si terrà dal 3 al 5 giugno in Dresda; sarà accompagnata da una mostra di prodotti, apparecchi, macchine e presidii nel campo farmaceutico, igienico e medico.

Nuova clinica delle malattie tropicali e sub-tropicali a Torino.

Presso l'Ospedale maggiore di S. Giovanni Battista e della Città di Torino ha incominciato a funzionare, dal 1° marzo XVII, la Clinica Universitaria delle malattie tropicali e subtropicali, diretta per incarico dal prof. Paolo Croveri, titolare della stessa materia presso la R. Università di Modena.

Quando le armi vittoriose dell'Italia Fascista hanno conquistato l'Impero, per interessamento di S. E. il Conte De Vecchi di Val Cismon, la locale Cassa di Risparmio aveva elargito all'Università di Torino la somma di 700.000 lire per l'istituzione di una clinica tropicale e subtropicale, il cui insegnamento era stato compreso tra le materie ufficiali complementari degli studi di medicina.

La Clinica fu ospitata dapprima presso la Clinica medica generale diretta dal compianto maestro prof. Micheli e poscia dal prof. Gamna, che colla loro autorità aiutarono il funzionamento del nuovo reparto la cui direzione era stata affidata al prof. Paolo Croveri, che già aveva diretto per tre anni la Clinica tropicale dell'Università di Messina. In seguito fu sistemata in un padiglione apposito con entrata in via Genova, 3.

Essa consta di un ambulatorio, di reparto clinico per il ricovero degli ammalati e di vasti laboratori per le ricerche con aula per le dimostrazioni cliniche e pratiche. Il personale è composto, oltre dal direttore, da un aiuto effettivo, da 2 assistenti volontari e da allievi interni.

L'ambulatorio è sempre frequentatissimo e così pure la clinica, che sta diventando un centro di diagnosi per le malattie parassitarie così frequenti e non riconosciute, in tanti casi, nei nostri paesi. Il movimento migratorio da e per l'Impero, cospicui in una città industriale come Torino, fornisce una ricca casistica, preziosa per l'insegnamento e la preparazione dei futuri medici coloniali che sono e saranno sempre più necessari per la valorizzazione dell'Impero.

Una dissertazione del prof. Rondoni.

Nell'Istituto di Sanità Pubblica ha avuto luogo una lezione del prof. P. Rondoni, Accademico d'Italia su: « I meccanismi della cancerogenesi ».

La sala era affollata di numerose personalità scientifiche.

L'oratore, dopo di aver ringraziato il direttore dell'Istituto prof. Marotta per l'ospitalità offertagli, ha ricordato come il problema fondamentale della genesi del cancro sia il meccanismo col quale numerosi agenti causali esterni, oggi in parte noti ed in parte da scoprire, provocano la trasformazione maligna della cellula. Ha illustrato alcuni casi sperimentali di cancerogenesi meglio noti. Ha confutato, in base a numerose osservazioni della sua scuola, la concezione della anaerobiosi come avviante alla malignità; e ha dato importanza ad anomalie dei processi di sintesi protoplasmatica, conciliando concezioni diverse e concludendo che, se molti progressi sono stati fatti nelle nostre conoscenze biologiche sul cancro, restano ancora importanti problemi da studiare, sui quali la genetica, le indagini sui virus e la chimica biologica potranno portare ulteriori contributi.

Nuovi periodici.

Il dott. Giovanni P. Arcieri, fervido assertore d'italianità negli Stati Uniti, ha iniziato in New York la pubblicazione di una rivista di storia della medicina, « Alcmeone », a periodicità trimestrale; come impostazione e nella parte redazionale è in lingua italiana, ma accoglie pubblica-

zioni in altre lingue. Redattore-capo ne è il dott. Franco Frusci.

Il primo fascicolo, che reca la data di gennaio-marzo, contiene tre contributi di G. Arcieri (uno su Bottini e Lister nel metodo antisettico, in lingua inglese; una su P. Castellino; il terzo su Carlo Musitano) e di E. Cacace (sulla nipiologia: una relazione in lingua francese). La rivista è in magnifica veste tipografica e ricca di illustrazioni.

L'abbonamento importa dollari 3, oppure lire it. 75. Sede degli uffici: 217 East 116th Street, New York, S. U. d'A.

Cordialissimi auguri.

Azioni giudiziarie.

Il periodico « Hygeia », di propaganda igienica, edito dall'Associazione Medica Americana e diretto dal dott. M. Fishbein, ha subìto un processo intentato dal dott. J. R. Brinkley, il quale chiedeva 250.000 dollari (5 milioni di lire it.) per danni, cagionati da un'azione di libello. Il periodico predetto — il quale è a larghissima diffusione — aveva descritto l'attività del Brinkley come esempio di pubblicità medica ciarlatanesca. Il Brinkley possiede una potentissima stazione radio, due aeroplani, ecc. e realizza guadagni ingenti. Il processo si è svolto a Del Rio (Texas); le udienze, iniziatesi il 22 marzo, si protrassero per 4 giorni; vennero ascoltati tre periti in malattie genito-urinarie. Il periodico e il suo direttore sono stati assolti con formola ampia.

Nel praticare una tonsillectomia un chirurgo americano asportò l'ugola, parte del palato molle e i pilastri anteriori e posteriori; ne è derivata una causa intentata dal paziente, certo Thomsen, contro l'operatore, dott. Burgeson. Questi venne assolto in prima istanza; ma la Corte d'Appello della California non ha convalidato il giudizio, perchè la demolizione operata non fa parte della tonsillectomia. Ha ordinato un nuovo processo.

Al Tribunale di Lewer (Inghilterra) si è svolta una causa promossa contro una fattoria campestre da un certo Harmer, che aveva contratto la brucellosi dopo aver bevuto latte proveniente da una vacca la quale aveva avuto l'aborto epizootico. Egli ebbe a lungo febbri da causa sconosciuta; ricoverato in ospedale, non potè essere operato di un'ernia, a causa della febbre; le indagini eseguite accertarono la natura dell'infezione. Dal dibattimento è risultato che in Inghilterra si denunziano circa 500 casi di brucellosi l'anno; la sola difesa efficace viene considerata la pasteurizzazione del latte. La fattoria (di Cornford, a Bexhill) è stata condannata a lire sterl. 195 s. 19 d. 6 (circa 20.000 lire it.).

Il dott. D. F. Yuille è titolare di un'infermeria chirurgica del municipio di Hull (Inghilterra); il suo alloggio è annesso all'infermeria. Il municipio aveva stanziato la somma di 15 scellini l'anno per il consumo di acqua, fredda e calda; il limite però è stato di molto superato e perciò il municipio ha rifiutato di sostenere la spesa in più, adducendo il motivo che l'acqua era stata consumata non solo per la gestione dell'infermeria e per usi domestici — come è stabilito nel contratto — ma anche per la professione privata del titolare. Ne è derivata un'azione giudiziaria. Il Tribunale di contea ha dato torto al Municipio, perchè non è possibile una distinzione tra i vari usi dell'acqua. In appello la sentenza è stata confermata, perchè l'uso dell'acqua nella pratica chirurgica è eminetemente un uso domestico. Il Municipio è ricorso alla Camera alta.

Una compagnia d'assicurazione dell'Unione sudafricana, « Atlas », ha pubblicato un prospetto delle azioni giudiziarie sostenute per l'assicurazione di medici contro i rischi e gl'infortuni professionali durante un quinquennio; esse ammontano a 34! La più cospicua richiesta fatta a medici processati (e per essi alla Compagnia) è stata di 5000 sterline (circa mezzo milione di lire it.), perchè erano state asportate le ovaia senza il consenso della parte interessata; furono liquidate solo 200 sterline, oltre a st. 178 s. 15 di spese. La liquidazione più ingente è stata di circa 1520 sterline, a favore di un medico che era stato accusato di negligenza nell'assistere un parto; in detta somma sono comprese le spese delle perizie mediche e le spese processuali. L'elenco è pubblicato e commentato in « South Afr. Med. Journ. », del 25 marzo 1939.

Un po' dovunque.

Mentre viene allestito questo fascicolo, si svolge in Roma il 4° Congresso internazionale di patologia comparata, con l'intervento dei rappresentanti di 24 Stati. L'inaugurazione è stata onorata della presenza dei Sovrani.

Su questo avvenimento daremo ulteriori notizie nel prossimo numero.

La Società medico-chirurgica della Romagna si è adunata il 16 aprile, sotto la presidenza del prof. F. Giugni. Sono state fatte comunicazioni da: A. Jorio (Rimini), A. Sega (Rimini, due comunicazioni), F. Pullè (Riccione), G. Monti e I. Poggi (Riccione), M. Monticelli (Rimini, tre comunicaz.).

Il 3 aprile si è adunata a Palermo, nella R. Clinica ostetrico-ginecologica, la Società siciliana di ostetricia e ginecologia. Hanno disserito i soci: Scaglione, Revoltella, Santi Giuffrida, Spanio e Motta, Giuffrida, Micale.

Un corso di perfezionamento sulle malattie delle vie urinarie si terrà a Parigi, sotto la direzione del prof. Maurice Chevassu, dal 26 giugno al 15 luglio, nella Clinica urologica Guyon presso l'Ospedale Cochin, padiglione Albarran (rue du Faubourg - Saint-Jacques 26). Tassa 500 franchi. Rivolgersi alla segreteria della Facoltà di medicina.

Il 12 maggio si è solennemente inaugurata a Catania la Clinica chirurgica universitaria. Nell'occasione si è tenuto il 4° Congresso nazionale di anestesia e di analgesia, al quale hanno partecipato più di 300 congressisti italiani ed una numerosa rappresentanza della Germania.

Il prof. Gino Acconci ha tenuto a Genova, per iniziativa della « Lega d'igiene sociale », una conferenza sul tema: « Necessità e benefici dell'assistenza materna ».

Il prof. Luigi Castaldi di Cagliari ha parlato il 5 aprile, alla Accademia medica « Filippo Pacini » di Pistoia, sul tema: « Il gozzismo nei riflessi demografici ».

Per iniziativa della Lega portoghese di profilassi sociale, il sig. Rolla B. Hill, malariologo della Fondazione Rockefeller, ha tenuto a Lisbona, il 3 marzo, una conferenza in cui ha esposto « Alcune considerazioni sulla salute pubblica ».

In occasione della gita del Duce in Piemonte, somme cospicue sono state messe a sua disposizione per opere di bene.

A Stoccolma sorgerà un Istituto di sanità pubblica, che avrà il compito principale di studiare e attuare provvedimenti idonei a mantenere ed aumentare la salute pubblica; si occuperà in modo speciale dell'igiene del lavoro e della vigilanza sugli alimenti.

L'Accademia nazionale di medicina del Messico (fondata il 30 aprile 1864) ha festeggiato il suo 75° anniversario, con varie adunanze scientifiche tenute dal 23 al 30 aprile.

Sarà pubblicato prossimamente un fascicolo di « Acta Medica Italica » nel quale si porrà in rilievo tutto ciò che finora gli studiosi italiani hanno dato di contributi scientifici e pratici alla talassologia. La pubblicazione del fascicolo sarà fatta a cura dell' « Ufficio Stampa Medica Italiana » (via Vallazze, n. 39, Milano) al quale potranno essere inviate le notizie bibliografiche e le pubblicazioni italiane di talassologia.

La Federazione internazionale della stampa tecnica e periodica informa che anche quest'anno alla Fiera di Parigi, inaugurata il 12 maggio, è annessa una Mostra della stampa tecnica mondiale. L'esposizione è gratuita, ed i soci dell'A.I.S.T. che desiderano parteciparvi potranno farlo inviando un esemplare della loro pubblicazione ed una copia della copertina di essa (per affissione murale) al seguente indirizzo: Secretariat administratif de la Fédération Internationale de la Presse technique et périodique, rue Bondy 54, Paris.

Nell'ospedale di Forlì, alla presenza della Consorte del Duce, hanno avuto inizio i lavori di un grande padiglione per la maternità, donato dal concittadino Manlio Morgagni.

Il dott. Olar Chans, di ritorno a Buenos Aires dopo aver visitato l'Italia, ha dichiarato di essere rimasto entusiasta dell'organizzazione nel campo culturale, igienico, assistenziale, previdenziale e sociale, particolarmente per quanto riguarda la tutela della maternità e dell'infanzia.

In occasione del 50° compleanno di Adolfo Hitler, sono state fatte in Germania moltissime elargizioni ingenti. Così l'Ufficio delle assicurazioni del Reich ha stanziato 12 milioni di marchi, da destinare a portatori di polizze d'assicurazioni sociali, per il miglioramento della salute e sovratutto per l'irrobustimento della gioventù e la tutela delle madri e dei bambini, con riguardo all'igiene orale.

Il Consiglio provinciale di Namur (Belgio), in data 26 gennaio, aveva disposto un servizio per la diagnosi precoce delle malattie. Con decreto reale del 14 aprile, quest'azione è stata vietata, in quanto essa crea duplicati e interferenze, con spreco di energie. Ad esempio, per quanto concerne la tubercolosi già provvedono il « Servizio medico per la protezione del lavoro » e i dispensari antitubercolari (che nella provincia di Namur raggiungono il numero di otto).

In Polonia si è emanata una nuova regolamentazione per migliorare le condizioni del lavoro nell'industria e nelle miniere. Le prescrizioni concernono specialmente l'illuminazione e l'aerazione delle fabbriche, il rifornimento d'acqua potabile, l'installazione di bagni e lavabi per gli operai.

L'Associazione medica britannica va elaborando un piano per la mobilitazione dei medici civili nell'eventualità di una guerra, con speciale riguardo all'utilizzazione delle competenze. La Società della Croce Rossa britannica e il Servizio di ambulanza di San Giovanni parteciperanno a questa attività. Si sono dovute vincere molte riluttanze ed ostilità, per giungere a questa organizzazione, in cui ogni medico cesserà di essere un libero professionista per divenire unità statale.

L'Accademia di medicina di Parigi ha proposto la creazione di centri di raccolta di sangue umano conservato, per le trasfusioni; utili sarebbero sia in pace che in guerra. Ha chiesto la nomina di una Commissione ufficiale.

Nel Madagascar è stata decisa la creazione di gruppi sanitari mobili, formati da medici ed ausiliari, per la lotta contro le malattie più diffuse: malaria, sifilide, tubercolosi, lebbra, peste.

In occasione del trigesimo della morte del sen. Serafino Belfanti, è stata fatta la commemorazione dello Scomparso nella sede dell'Istituto, dal prof. Ernesto Bertarelli.

Il dott. Rajchmann, polacco, ha lasciato la direzione della « Commissione d'igiene » presso la Società delle Nazioni, dopo 18 anni di attività. Gli subentra il dott. Gautier, di Ginevra, che fu a lungo suo collaboratore.

Negli Stati Uniti si sono scoperte due vaste associazioni che, mediante un'agenzia matrimoniale, trovavano mariti a « vedove di professione », le quali inducevano i mariti ad assicurarsi a beneficio di esse stesse e poi li avvelenavano: l'associazione partecipava ai benefizi...

A Craione (Rumania) una pazza criminale, di nome Anna Novac, facendosi passare per medichessa, si offrì di operare una donna del popolo, certa Vet Nedoin, e l'ha sgozzata. Si potè arrestarla prima che commettesse altri crimini.

Il neurologo portoghese Egaz Muniz è stato gravemente ferito, nel suo gabinetto di consultazioni, da un individuo che ha esploso contro di lui più colpi di rivoltella.

A Cracovia (Polonia) l'esplosione di una bombola di ossigeno in un ospedale (di San Lazzaro) ha prodotto la morte di due medici e il ferimento grave di un terzo. Seguì un principio d'incendio.

È deceduto a Wiesbaden, in età di 68 anni, il prof. Wilhelm Weygandt, reputato psichiatra, noto sovratutto per i suoi studi sulla demenza precoce.

Ha svolto attività svariatissime: cominciò come studente di teologia; poi s'interessò di filosofia e di psicologia; poi ancora di letteratura e di arte. Nel 1896 si dedicò alla psichiatra e nel 1904 fu nominato professore straordinario a Würzburg; 4 anni dopo gli venne affidata la direzione del grande ospedale di Amburgo-Friedrichsberg. Allorchè, nel 1912, venne fondata l'Università di Amburgo, egli fu chiamato a dirigere la Clinica psichiatrica, posto che teneva tuttora.

È morto a Stoccolma il reputato chirurgo S. Hybbinette, segretario della Società svedese di chirurgia; a succedergli è stato nominato il dott. Einar Perman.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Sang, 1. CH.-J. HANUT. Veleno di rospo come emostatico. — ST. VARADI. Reticolosarcoma leucemico.

Arch. Intern. Med., nov. E. W. ROLAND e al. Cambiamenti nel fegato da congestione cronica passiva. — J. ZISKIND e H. J. SCHATTENBERG. Shock anafilattico mortale nell'uomo. — S. J. MARTIN e I. W. GORHAM. Dolore cardiaco. — E. C. DICKSON e M. A. GIFFORD. Coccidioidomicosi.

Paris Méd., 7 genn. — Tubercolosi.

Journ. A. M. A., 3 dic. — T. T. MACKIE e al. Colite ulcerativa.

Wien. Klin. Woch., 16 dic. — SIEGL. Trattam. della poliomielite nello stadio acuto.

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — M. BURK. La trombosi: problema medico. — T. W. BEKER e F. A. WILLIUS. Trombosi coronaria nelle donne. — M. H. SOLEY e N. W. SHOCK. Eziologia della sindrome da sforzo.

Deut. Med. Woch., 16 dic. — SCHEMENSKY e al. Le coliche. — V. HASSENCAMP. Terapia dell'ipertensione genuina.

S. Afr. Med. Journ., 26 nov. — A. SOEIRO e A. REBELO. Le recenti ricerche sulla malaria.

Rif. Med., 26 nov. — A. CHIASSERINI. Interventi sulle surrenali nella tromboangioite obliterante degli arti.

Chirur. Med. Journ., nov. C. HUEIN-LAN. Puntura sternale. — P. C. KWAN. « Malattia flittenulare ».

Paris Méd., 17 dic. — Ginecologia.

Med. Klinik, 16 dic. — H. FRIEDRICH. Gangrena degli arti dopo iniez. endoarteriose.

Lancet, 17 dic. — J. P. LOCKHART-MUMMERY. Risultati remoti delle diverticoliti. — E. CAROTHOME e al. Sindrome di Ménière.

Med. Welt., 17 dic. — C. DIENST. Modificazioni della dottrina sulla nutrizione. Impiego della razione reticolocitaria nei ratti.

Riv. di Chir., nov. C. RENDANO. Ptialoreaz. dello Zambrini. — T. GILIBERTI. Varice del collo.

Rif. Med., 14 genn. — N. MAGGI. Fattori ormonici sulla cosidetta gangrena spontanea giovanile.

Münch. Med. Woch., 20 genn. — W. WAGNER. Roentgenterapia della tbc. chirurg.

Med. Welt, 21 genn. — H. F. O. HABERLAND. Il locus minoris resistentiae. — H. DOMRICH. Necrosi testicolare.

Brit. Med. Journ., 21 genn. — R. N-SSEN. Pneumotor. extrapleurico. — R. OGIER WARDS. Ritenzione acuta di urine.

Paris Méd., 21 genn. — Dermatologia.

Quaderni dell'Allergia, ott. — W. N. ROGERS. Ittero grave ed eritrodermia da az. fenilchinòlincarbossilico.

Acta Paediatr., 2. — T. BRAUDER. Difetti cerebrali di bambini nati per parto cesareo. — S. WENDT. Tabe dorsale in bambini.

Speriment., dic. — E. SILVESTRONI. Trapianti omoplastici. — V. PUCCINELLI. Influenza degli aminoacidi sui processi rigenerativi. — G. PATRASSI e al. Il quadro fisiologico dello shock ipoglicemico.

Amer. Journ. Med. Sc., genn. — J. SANDS. L'infarto cardiaco. — P. G. SHURE e al. Effetti della benzedrina.

Lancet, 21 genn. — D. STEWART. Ricupero dei lavoratori infortunati. — J. HORCKINS. Trasfus. di sangue placentare. — C. VAILLANT e L. GILLIS. Cecità notturna trattata con vitamina A.

Journ. A. M. A., 7 genn. — H. GOLD. Terapia medicamentosa delle affezioni coronarie. — H. SCHMITZ e al. Irradiaz. intensiva del carcinoma cervicale.

Ann. di Med. Nav. e Col., nov.-dic. — PILONI. Trombosi coronarica acuta. — COSSIO. Tromboflebite del mesentere.

Rinasc. Med., 15 genn. — C. LUCCIONI. Strana ectopia della milza.

Bull. Ac. Méd., 17 genn. — H. VINCENT. Sieroterapia anticolibacillare.

Münch. Med. Woch., 27 genn. — K. G. KOCH. Trattamento dell'ossicarbonismo acuto mediante la trasfus. di sangue. — H. SCHROEDER. I bisogni di vitamine.

Klin. Woch., 28 genn. — L. R. MÜLLER. L'affaticamento. — E. MEULENGRECHT. Icterus intermittens juvenili.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 29 Maggio 1939 - XVII Num. 22

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

Istituto Carlo Forlanini - Clinica della Tubercolosi e delle Malattie Respiratorie della R. Università di Roma
Direttore: prof. E. MORELLI.

Lo stato di idratazione dei tubercolotici polmonari

(Prova di Aldrich e Mac Clure)

Dott. MESITI MARIO, assistente.

I mezzi proposti per lo studio degli squilibri di idratazione sono stati vari ed alcuni applicati anche allo studio dell'equilibrio idrico nei tubercolotici polmonari.

Morawitz e Denecke (1921) usarono il confronto tra siero di sangue prelevato senza stasi e dopo sospensione completa e totale, della durata di 12', della circolazione di un arto tenuto in posizione orizzontale: il confronto mediante refrattometro ha fatto notare nel sangue prelevato dopo la stasi nel normale una diluizione, negli individui con edema una concentrazione.

Aldrich e Mc. Clure (1923) dimostrarono che se si iniettano nel derma cc. 0,2 di soluzione fisiologica si produce una bolla che tende a riassorbirsi impiegando un certo tempo, che è più breve se trattasi di individui con edemi o con tendenza agli edemi; in generale il fenomeno dell'acceleramento del tempo di riassorbimento si ha in condizioni di aumentata idratazione.

Fiessinger, Sander ed Oliver (1926) ostacolano per 15' il circolo venoso della mano mediante un laccio posto sull'avambraccio e determinano l'aumento di volume della mano dalla quantità di acqua spostata in un opportuno vaso; osservano inoltre se la cute della mano stessa assume una pastosità edematosa: aumento di volume e pastosità cutanea non si hanno nel normale nè in quelle forme morbose in cui non vi sia tendenza alla ritenzione idrica.

Frontali (1926) usa una ventosa: applicandola a modica depressione si produce un ponfo se trattasi di individui con stato edematoso, mentre esso non appare mai in condizioni fisiologiche dell'individuo.

Salvioli e Quadri (1931), servendosi della ventosa di Frontali a depressioni maggiori, provocano sempre il ponfo di cui studiano il tempo di durata che è abbreviato negli individui con tendenza alla ritenzione idrica.

Labbé-Violle e Nepveux (1931) proposero un nuovo « text d'imbibition »: si tratta di una prova indiretta consistente nel saggiare come un frammento di muscolo gastrocnemio di rana messo in infusione entro siero dei soggetti in esame cambi di volume: mentre nel siero di individui normali il muscolo subisce sempre una certa diminuzione, in siero di soggetti edematosi aumenta.

Tali mezzi in definitiva hanno tutti per mira di ottenere la dimostrazione obiettiva di un edema larvato o meglio dell'attitudine umorale o tissurale all'edema. Sono un ausilio semeiologico, sulla cui interpretazione i pareri sono discordi e risentono della complessità della interpretazione dei fenomeni che dominano il ricambio idrico intermedio.

Nella presente nota riporto i primi dati ottenuti mediante la prova di Aldrich e Mc. Clure in un gruppo di soggetti guariti o affetti da tbc. polmonare insieme a delle note di tecnica. Questo studio si riallaccia alle indagini di Monaldi sull'equilibrio idro-minerale: egli mediante prove dette di idratazione e disidratazione notò il particolare comportamento della parte liquida della componente essudativa nei territori polmonari patologici. Emerge da tali studi che il ricambio idrico della tbc. polmonare appare degno di ricerche più vaste, essendo di interesse ognor più crescente.

*
* *

La prova di Aldrich-Mc. Clure, sebbene rappresenti un indice alquanto grossolano, è stata da me scelta perchè dall'esperimento già fatto dai diversi AA. e nelle più svariate malattie è sembrata la più rispondente. Proposta ed esperimentata dagli stessi AA. nel 1923-24, ha avuto una vasta letteratura, essendo stata adottata da numerosi AA. nelle più svariate malattie; tuttavia le conclusioni e deduzioni sul meccanismo di produzione sono state differenti, pur avendo portato in alcuni stati patologici, presso i vari esperimentatori, a risultati pressochè univoci.

I primi Autori ne fecero uno studio sistematico in edematosi e nefritici. Seguirono poi altri AA. che la studiarono in malattie differenti, dalle malattie infettive a quelle del sistema nervoso ed endocrino. È stata provata in alcuni particolari stati fisiologici (gravidanza), in differenti età, nel sonno e nella veglia, con prove farmacodinamiche (adrenalina, nitrito di amile, ecc.), con vari medicamenti (diuretici, ecc.).

Le ricerche eseguite con tale prova nella tbc. polmonare risultano scarse, con casistiche modeste, e con risultati anche contraddittori, per quanto in tutti gli AA. sia l'accordo che tale prova sia un mezzo consigliabile per la esplorazione delle condizioni di idratazione di tali malati.

De Benedetti e Currado (1927) mentre non rilevano dati degni di nota in pleuritici e polisierositici, in 27 soggetti affetti da tbc. polmonare trovano che il tempo di riassorbimento del ponfo è tanto più breve quanto più i pazienti sono in condizioni di gravità.

Zambrano (1932) trova un tempo di ponfo abbassato in bambini tbc.; inoltre osserva un parallelismo tra tempo di riassorbimento del ponfo ed andamento della malattia. nel senso di una ulteriore diminuzione nell'aggravamento ed un aumento della sua durata nel miglioramento; nota in casi gravi rapidi riassorbimenti fino a 6'.

Stein (1930) è l'unico a rilevare un forte ritardo dell'assorbimento del ponfo nella tbc. polmonare.

*
* *

La prova di Aldrich-Mc. Clure consiste nella iniezione nello spessore del derma (di solito sul lato volare dell'avambraccio) di due decimi di cc. di sol. fisiologica (sol. NaCl 0,85 %): si ottiene così un ponfo biancastro sotto forma di rilevatezza dell'epidermide che assume l'aspetto a buccia di arancio e si nota il tempo intercorrente tra formazione del ponfo e sua scomparsa, la quale viene ricercata colla vista e col tatto.

Per le nostre ricerche abbiamo sistematizzato la tecnica nel modo che segue.

La prova è stata sempre praticata al mattino a digiuno.

L'avambraccio a paziente seduto veniva tenuto fermo su un tavolo ed orizzontale, oppure, essendo l'individuo a letto, disteso orizzontalmente ed in immobilità. Assenza di costrizione alcuna a monte.

La quantità iniettata veniva esattamente misurata usando siringhe a perfetta tenuta.

Sono necessarie però alcune avvertenze che già notate da alcuni AA. sono cadute anche alla mia osservazione e valutazione.

Kunde, Della Palma e Calderato rilevano che spesso riesce difficile colla vista e col tatto cogliere il momento preciso nel quale il

ponfo scompare: ciò tuttavia, secondo la mia esperienza, capita raramente e naturalmente vanno scartate quelle prove e quei valori in cui si è rimasti in dubbio.

De Benedetti e Currado notano che la prova è talora turbata da una papula infiammatoria dovuta all'azione irritante del liquido e persistente per molte ore: ciò deve costituire a mio avviso un fatto ben raro se nel grande numero di prove eseguite non si è mai presentata simile evenienza.

Occorre saper distinguere dalla persistenza del ponfo la lieve irritazione traumatica data dalla puntura: essa infatti può persistere a lungo sotto forma di piccola rilevatezza dopo la scomparsa del ponfo; in genere però è bene apprezzabile e differenziabile col tatto.

Le precauzioni di posizione sono state adottate poichè è parso ad alcuni ricercatori che il tempo di riassorbimento si abbrevia se la parte è tenuta inclinata.

Circa la quantità iniettata sembrò che potesse subire delle lievi variazioni con un minimo scarto di grandezza del ponfo senza apprezzabili inconvenienti: in prove ripetute infatti nello stesso individuo e nello stesso tempo non portò a differenze evidenti del tempo di riassorbimento: per ciò non ho ritenuto necessario ricorrere alla misurazione del diametro del ponfo costituito.

*
* *

I soggetti da me studiati, in numero di 276, sono stati divisi nei seguenti quattro gruppi.

1) soggetti normali (N. 10), sia dal lato polmonare — accertamento clinico-radiologico — sia dal punto di vista funzionale degli altri organi ed apparati: per quanto esiguo tale gruppo è servito a fornire una conferma dei valori della prova nel normale;

2) soggetti già portatori di lesioni polmonari e passati a guarigione clinica (N. 28): si tratta di individui già trattati con collassoterapia medica o chirurgica, e già dimessi o in via di dimissione dall'Istituto, senza alcun segno di attività della malattia;

3) soggetti portatori di lesioni polmonari biologicamente stazionarie (N. 158): comprendo in tale gruppo quei casi in cui le lesioni, pur progredendo o meno localmente per fattori meccanici, non hanno ripercussione evidente sulle condizioni generali. In altri termini questi soggetti non presentano quelle manifestazioni generali proprie delle lesioni evolutive attive, ed in essi perciò lo stato di nutrizione è discreto, la curva ponderale è stazionaria o in aumento, la crasi sanguigna soddisfacente, si ha assenza di sudori del sonno, di alterazione della temperatura, ecc.;

4) soggetti portatori di lesioni polmonari biologicamente evolutive con tossiemia più o meno notevole (N. 80). Si tratta di tipi svariati di processi polmonari distruttivi, la cui caratteristica fondamentale ed unitaria è lo stato tossico dell'individuo, con febbre a tipo etico od irregolare, depauperamento organico, astenia, sudori del sonno, ecc. È naturale che si tratta di fenomeni di intensità differente che difficilmente si riesce a ponderare esattamente; è per ciò che non ho creduto possibile suddividere tale gruppo in sottogruppi con maggiore o minore intensità della tossiemia, contentandomi di una valutazione generica quantitativa di essa.

*
* *

Riservandomi di riportare dettagliatamante in una nota successiva i risultati di queste prove integrate da altre in corso, mi limito qui alla esposizione di alcune osservazioni generali.

È indubbio che nei vari soggetti presi in esame — nonostante la premessa della grossolanità della prova — si hanno delle notevoli differenze nei riguardi del tempo di riassorbimento del ponfo, il che esprime una alterazione di idratazione di questi ammalati.

Precisamente la prova di Aldrich-Mc. Clure si presenta notevolmente deviata dal normale nel senso di un acceleramento del tempo di riassorbimento del ponfo in presenza di un processo tisiogeno polmonare attivo, e cioè in presenza ed in rapporto alla entità di quei fenomeni che caratterizzano la sindrome tossiemica.

Non voglio ancora, essendo il numero dei soggetti esaminati alquanto scarso, procedere ad altre conclusioni, per quanto si abbia già l'impressione che lo stato di inattività biologica del processo tisiogeno scarsamente ne altera i risultati normali.

La prova di Aldrich-Mc. Clure nella tubercolosi polmonare appare dunque legata nel suo risultato al fenomeno tossiemico di cui è in preda l'organismo. Pur non potendo affermare e discriminare quali elementi intervengano nella produzione e nel meccanismo di questa alterazione di idratazione, è evidente che nella intossicazione specifica ed aspecifica dell'individuo affetto da tubercolosi polmo-

nare biologicamente evolutiva è da ricercare il *primum movens* di quello squilibrio idrico di cui la prova in esame dà la dimostrazione obiettiva.

RIASSUNTO.

L'A. ha studiato in 276 ammalati di tbc. polmonare il comportamento della prova di Aldrich-Mc. Clure ed ha osservato che la durata del tempo di ponfo è diminuita specialmente in rapporto ai fenomeni tossiemici.

BIBLIOGRAFIA.

ALDRICH e MAC CLURE. *Time for disapparence of intradermally injected sal solut.* Journ. of Amer. Med. Assoc., 81, 1923.

BOZZI. *Il testo di Aldrich e M. Clure.* Riv. sintetica. Rinnov. med., Gazz. Intern. med. e chir., n. 6, marzo 1936.

BACCHINI. *Sul tempo di assorb. del ponfo sperim. nel bambino.* Fisiol. e Med., VIII, fasc. 2, pag. 61, 1937.

CHIARUGI. *Anatomia dell'uomo.* Soc. ed Libraria, Milano, 1921.

DONATI. *La tubercolosi extrapolmonare.* Ed. Wassermann, Vol. I, pag. 165.

DE BENEDETTI e CURRADO. *Il saggio di idrofilia cutanea.* Minerva Med., 1927.

DE BLASI. *Influenza della cura di Salsomaggiore sulla tendenza idrofila tissurale.* Policlinico, Sez. Prat., maggio 1937.

DEL ZOPPO. *Comportamento del ric. idro-salino nella tiroidectomia sperim.* Folia Medica, luglio 1935.

DALLA PALMA e CALDERATO. *Sul significato della prova di Mc. Clure.* La riforma medica, pag. 326, 1931.

FIESSINGER, SANDER e OLIVER. *Le test de transudation.* Bull. Soc. Hôp., 50, 1926.

FRONTALI. *I capillari in alcune nefropatie infantili.* Riv. Clin. ped., 1926.

FROMMEL, SIERRO e BACHMANN. Presse Med. 1933.

GUGGENHEIMER e HIRSCH. *Über Nachweis latenter Oedeme, ecc.* Klin. Woch., 16, 1926.

LABBÉ, VIOLLE e NEPVEUX. *Le test d'imbibition et le mecanisme de prod. des oedèmes.* Presse Méd. 39, 1931.

LELONG e PETROVICH. *L'épreuve intrad. à l'eau salée phys. chez le nourrisson.* Le Nourrison, n. 3, 1933.

MARCONI. *Cloruremia e cloruri della pelle e del sottocutaneo nello choc istaminico.* Fisiol. e Méd. n. 6, pag. 293, 1937.

MONALDI. *Sulle caratteristiche biol. della tbc. polm. Variaz. di quadri radiologici determinati con modif. dell'equilibrio idrominerale.* Annali Ist. C. Forlanini, n. 3, 1937.

MONALDI, TORELLI e GUGLIELMETTI. *Rilievi radiol. sul comport. delle lesioni tbc. del polmone di fronte a squilibri idrominerali.* Annali Ist. C. Forlanini, n. 10, 1937.

MORAWITZ e DENECKE. *Ein neues Verfahren zur Prüfung d. Gefässu-Funkt.* Münch. med. Woch., 659, 1921.

NERI. *Ricambio idrico nella epilessia.* Rass. studi Psich., pag. 436, maggio-giugno 1935.

PEZZA. *Sulla specificità dell'anergia tbc.olinica.* Pediatria, pag. 132, febbr. 1934.

SCHULMANN e MAREK. *Recherch. exper. sur l'oedeme local provoqué.* C. R. Soc. Biol., 1926.

SALVIOLI e QUADRI. *Riassorbimento degli edemi provocati.* Arch. Pat. e Clin. Med., 10, 1931.

STEIN. *Untersuch. über Wasserhaushalt bei Lungentbk.* Wien. Klin. Woch. 36, 1930.

TATAFIORE. *La prova di Mac Clure nell'intossicazione.* Pediatria, settembre 1935.

TOFANIN. *Ricerche sulla reaz. intracut. di m. Clure.* Policlinico, Sez. Prat., 1930.

VILLA. *Ricambio idrico.* Ed. Vallardi, Milano, 1932.

ZAMBRANO. *La prova di Aldrich e Mc. Clure nei tbc.* Pediatria, pag. 769, luglio 1932.

NOTE E CONTRIBUTI

R. ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO OSPEDALIERO DI S. MARIA E S. GALLICANO IN ROMA

Direttore: Prof. P. A. MEINERI.

Cura sclerosante degli idroceli essenziali con il chinino uretano.

Dott. CARLO FIVOLI, assistente.

Il trattamento degli idroceli fino a qualche anno fa era di competenza essenzialmente chirurgica. Tale trattamento consisteva nella eversione semplice della vaginale o nella sua resezione, in genere di facile esecuzione; forniva dei risultati soddisfacenti. Tuttavia si possono avere delle recidive: e spesso il chirurgo non ritiene opportuno procedere ad un intervento, sia per il modico volume dell'idrocele, sia per la tenera o per l'avanzata età del paziente; inoltre taluni malati non vogliono sottoporsi all'intervento.

Questi inconvenienti sono sufficienti a dimostrare come il trattamento degli idroceli con sostanze chimiche deve essere preferito, sia per la facilità della esecuzione, sia perchè scevro di pericoli, sia perchè può essere praticato ambulatoriamente.

Il metodo sclerosante deve essere riservato però solamente agli idroceli cosiddetti essenziali od idiopatici.

Già Hunter, Pott ed I. L. Petit ed in seguito il Panas hanno sostenuto che non esistono quasi idroceli essenziali e le ricerche contemporanee hanno in parte confermato questa tesi. Tuffier, Millian, Poncet, Duc e Horand inoculando liquido di idrocele nelle cavie ne ottennero la tubercolizzazione, cosicchè queste forme di idrocele sarebbero secondarie ad una localizzazione primitiva del bacillo di Koch nella sierosa vaginale.

Altri autori, e tra questi Widal, Rayaut, Courmont, facendo le medesime ricerche con

esito negativo hanno dimostrato che non tutti gli idroceli essenziali sono tubercolari.

Dufur e Thiers hanno dapprima sospettato e poi dimostrata la natura sifilitica di taluni idroceli cosiddetti idiopatici, cosicchè ne deriva la necessità di praticare la reazione di Wassermann sui liquidi degli idroceli per svelare una eventuale sifilide latente. Questi autori dànno all'idrocele un valore semeiologico paragonabile a quello della leucoplasia orale per la ricerca della sifilide.

Widal e Ravaut, Barjon e Cade hanno dimostrato che taluni idroceli sono consecutivi alla rottura di piccole cisti spermatiche delle cavità sierose e che l'essudazione viene determinata dalla irritazione prodotta dagli spermatozoi.

Pejrot e Millian ritengono che molti idroceli essenziali rappresentano delle periviscериti allo stesso modo delle lesioni croniche della pleura, pericardio, peritoneo, con il quale spesso coesistono, anche queste ad etiologia ignota e più frequente in pazienti con cardiopatie, nefriti, arteriosclerosi.

Per brevità mi astengo dal riportare i caratteri fisici e chimici del liquido dell'idrocele, prototipo di transudato, e che non è altro che un plasma diluito. Vi è una differenza però da notare tra liquido di idrocele giovane e liquido di idrocele antico: e cioè il primo è di frequente spontaneamente coagulabile per la presenza di fibrinogeno, antitrombina ecc., mentre nel secondo per la povertà di queste sostanze non ha che uno scarso potere coagulante o esso è addirittura assente. Noi che conosciamo bene la composizione del liquido dell'idrocele, non conosciamo con sicurezza il meccanismo di produzione ed ignoriamo dei mezzi biologici capaci di impedire la trasudazione del liquido dopo l'estrazione e cioè la recidiva.

Di fronte ad una forma di idrocele, mediante un esame sia generale che locale, biologico o sierologico, dobbiamo escludere sempre un agente etiologico per poter affermare che esso sia idiopatico, cosicchè questo termine va allo stato attuale riferito ad una categoria provvisoria di vaginaliti da cause sconosciute.

Si può concludere quindi che il gruppo degli idroceli rappresenta un capitolo della medicina che attende ancora una classifica e che sarà solo possibile allorchè nuove indagini e più accurate ricerche permetteranno un sicuro accertamento etiologico.

Definito il significato attuale di idrocele essenziale è necessario attuare il trattamento che va riservato solamente a queste speciali forme. Da queste vanno esclusi in maniera assoluta tutti quei casi in cui si abbiano dubbi sulla obliterazione del canale peritoneo-vaginale e ciò va tenuto presente specialmente nei bambini.

Cura sclerosante.

Per ovviare l'inconveniente delle recidive negli idroceli si è ricorso a sostanze chimiche, che inoculate dopo la estrazione del liquido, ne impediscono la ricomparsa.

Dapprima è stato usato a scopo sclerosante la tintura di iodio fresca e pura, in seguito la medesima diluita uno a 12. Questo metodo è intensamente doloroso e costringe il paziente a letto per parecchi giorni e dà inoltre un versamento reattivo notevole. Presenta degli inconvenienti che possono essere molto gravi: così può produrre delle necrosi dello scroto derivanti da vaginaliti suppurate, delle orchiti seguite da ascesso e distruzione totale dello scroto e fino alla morte per tromboflebite suppurata delle vene del cordone.

Morestin ha inoculato una miscela di formolo glicerina e alcool a parti uguali, ma tale metodo presenta gli stessi inconvenienti della tintura di iodio.

Un passo innanzi venne compiuto da Levis e Tedenat i quali usarono la glicerina fenicata: tale soluzione provoca la fusione dei foglietti della vaginale con una reazione minima ed è inoltre indolore, quindi di pratica attuazione.

Questi metodi che ho riportato più o meno presentano degli inconvenienti e taluni, come quello della tintura di iodio, anche gravi e pericolosi, e poi si hanno frequentemente delle recidive specialmente negli idroceli antichi con pareti ispessite e voluminose.

In questi ultimi anni la soluzione di chinino-uretano usata da tempo per iniezioni intramuscolari nella cura della malaria è stata adoperata con successo nella cura delle varici. Nel trattamento delle vene varicose le iniezioni praticate esattamente endovena ed indolori riescono ad obliterare i noduli varicosi, che non erano stati influenzati da precedenti iniezioni di salicilato di sodio. Il metodo poi si è diffuso ed è stato adottato per il trattamento delle emorroidi. Gli otoiatri hanno usato le soluzioni chinino-uretano per curare talune forme di ipertrofia dei turbinati. Sono stati notati successi anche nei tramiti fistolosi di varia natura (infiammatorie, tubercolari, da Nicolas-Favre, ecc.).

Blavier, nel 1934, riportò 18 casi di idroceli trattati e guariti in poco tempo con una o più iniezioni di una soluzione di chinino-uretano al 25 % disciolta in acqua glicerinata al 10 %; questi casi riguardavano idroceli recenti o di antica data e di volume vario (da pochi centimetri cubi fino a mezzo litro). A mano a mano la letteratura si è fatta numerosa: Vintici e H. Alterescku du Bucarest hanno usato una soluzione di chinino-uretano al 25 % in otto casi, ottenendo la guarigione definitiva in tre casi di idrocele essenziale, in un caso di idrocele specifico con tre iniezioni, in quattro casi di idrocele secondario ad epididimite gonococcica. Hanno ottenuto un miglioramento in due casi ed insuccesso in altri due casi.

Galizia di Torino ha riferito al 15° Congresso di Urologia su 50 casi di individui di varia età con idroceli recenti od antichi e di vario volume (da 20 a 750 centimetri cubi) e guariti con una, al massimo tre, iniezioni di chinino-uretano al 25 %; ha avuto solamente tre insuccessi e nessun inconveniente.

Delrez colla stessa soluzione ha avuto eccellenti risultati in 100 casi di idrocele essenziale.

Grasso R. di Roma ha usato il chinino uretano al 10 % in dieci casi ottenendo la guarigione in sette casi con una iniezione sola, ed in tre casi con due iniezioni. Si è servito di una dose minima di mezzo centimetro cubo per un idrocele di due centimetri cubi, ed una massima di tre centimetri cubi. Egli reiniettava mezzo centimetro cubo di liquido idrocelico dopo la iniezione del liquido sclerosante per impedire la diffusione di questo durante la estrazione dell'ago. Non ha notato alcun inconveniente.

Bonino di Torino ha usato il metodo incruento in 13 casi di idrocele essenziale, ed ha ottenuto in tutti una guarigione duratura e definitiva non avendo registrato alcuna recidiva a distanza dell'affezione ed ha tenuto i pazienti in osservazione per un lungo periodo. In un solo caso ha fatto una seconda iniezione sclerosante: la quantità di liquido inoculata varia da un minimo di due centimetri cubi per idrocele di ottanta centimetri cubi, ad un massimo di dodici centimetri cubi per idroceli di settecentosettantacinque centimetri cubi.

Ha usato una soluzione chinino-uretano al 25 %, in qualche caso il 30 %. Non ha dovuto lamentare inconvenienti.

Recentemente De-Sanza-Neves ha riportato 23 casi di idroceli essenziali curati con una soluzione di salicilato di sodio al cinque ed al 10 % e guariti radicalmente.

SCELTA DEL MEDICAMENTO E TECNICA.

Gli autori che ho dianzi riportato hanno usato in prevalenza una soluzione di chinino-uretano al 25 % ad eccezione di Bonino che ha usato anche qualche volta una soluzione al 30 %.

Per le mie esperienze mi sono servito della formula in uso presso l'Ospedale San Luigi di Parigi:

Cloridrato di chinino - Uretano etilico aña grammi 30 - Antipirina ctg. 35 - Acqua distillata e glicerina aña fino a 100 cc.

Tale formula differisce dalle altre per la presenza di antipirina che esercita un'azione analgesica ed antiemorragica e per la maggiore concentrazione del chinino-uretano.

Ho selezionato appositamente pazienti che presentavano idroceli essenziali e cioè senza lesioni anatomiche orchi-epididimarie apparentemente apprezzabili. Ho eliminato così quelle forme insorte in soggetti i cui dati anamnestici facevano sospettare una etiologia tubercolare o sifilitica nell'affezione della vaginale.

Pratica e di nessuna difficoltà è la tecnica da seguire. Effettuata la tricotomia ed una accurata antisepsi della regione si infigge un piccolo tre quarti o in mancanza di questo un grosso ago ipodermico sulla faccia superolaterale dello scroto all'unione del terzo inferiore con i due terzi superiori. Si procede quindi al vuotamento, avendo cura di tenere bene fissato con la mano l'emiscroto interessato ed il tre quarti a fine di evitare con dei bruschi movimenti lo spostamento della canula, che potrebbe determinare lesioni dolorose del testicolo. Non appena si è vuotato totalmente l'idrocele, si inocula attraverso la camicia del tre quarti, la soluzione sclerosante in quantità variabile e che deve essere assolutamente proporzionale al volume dell'idrocele — grosso modo — da un minimo di un centimetro cubo ad un massimo di otto centimetri cubi.

Dopo avere iniettato lentamente ed accuratamente il liquido, si chiude col polpastrello dell'indice ermeticamente il padiglione della camicia del tre quarti, per impedire il versamento del liquido sclerosante lungo il tragitto e poi si estrae rapidamente. Questo dettaglio di tecnica ha una notevole importanza e deve essere attentamente eseguito, poichè così si evitano fastidiose complicanze; come: necrosi, infiltrazioni od escare dolorose. Subito dopo si effettua un lieve massaggio su tutta la parete dell'emiscroto per ottenere che il liquido sclerosante venga perfettamente a contatto di tutta la superficie della vaginale; poi si applica una goccia di tintura di iodio sul

foro dello scroto e si consiglia un sospensorio da tenere per una settimana.

L'intervento così è terminato ed il paziente può essere inviato subito al suo abituale lavoro senza bisogno di riposo.

Per incarico del mio direttore prof. P. A. Meineri ho usato il metodo sclerosante su 20 pazienti che presentavano un idrocele essenziale.

Considerazioni.

Ho applicato il metodo incruento con iniezioni sclerosanti in 20 casi di idrocele essenziale, ed ho costantemente usato una soluzio-

CASI	Inizio del male	Data	Volume liquido estratto	Quantità liquido iniettato	Risultati
1. T. V., operaio, anni 23, idrocele sinistro.	1 anno	5-10-1937	150 cmc.	2 ½ cmc.	Guarigione.
2. P. P., vetraio, anni 50, idrocele destro.	20 mesi	15-10-1937	100 cmc.	2 cmc.	»
3. A. D., guardiano, a. 62, idrocele destro.	3 anni	25-10-1937	200 cmc.	3 cmc.	»
4. L. U., meccanico, anni 27, idrocele destro.	14 mesi	10-11-1937	180 cmc.	3 cmc.	»
5. D. T. autista, anni 36, idrocele destro.	10 mesi	5-12-1937	200 cmc.	3 cmc.	»
6. D. L., muratore, anni 37, idrocele sinistro.	6 anni	9-12-1937	150 cmc.	3 cmc.	»
7. D. C., fonditore, anni 34, idrocele sinistro.	3 anni	15-12-1937	100 cmc.	2 cmc.	»
8) C. C., autista, anni 36, idrocele destro.	6 anni	12-1-1938	100 cmc.	2 cmc.	»
9. F. D., ebanista, anni 30, idrocele destro.	4 anni	22-1-1938	300 cmc.	4 cmc.	»
10. I. R., manovale, anni 45, idrocele destro.	2 anni	25-1-1938	320 cmc.	4 cmc.	»
11. D. V., muratore, anni 47, idrocele destro.	9 anni	28-1-1938	450 cmc.	6 cmc.	»
12. P. R., avvocato, anni 28, idrocele destro.	6 anni	2-2-1938 3-3-1938	400 cmc. 300 cmc.	5 cmc. 3 cmc.	»
13. R. O., pensionato, anni 72, idrocele destro.	15 anni	15-2-1938	350 cmc.	4 cmc.	»
14. B. C., impiegato, anni 41, idrocele sinistro.	8 anni	15-2-1938	140 cmc.	3 cmc.	Insuccesso
15. M. A., macellaio, anni 50, idrocele destro.	4 anni	28-2-1938	200 cmc.	4 cmc.	Guarigione.
16. R. C., impiegato, anni 23, idrocele destro.	5 anni	15-3-1938 15-4-1938	160 cmc. 130 cmc.	2 cmc. 3 cmc.	»
17. D. A., impiegato, anni 40, idrocele sinistro.	2 anni	5-4-1938	100 cmc.	2 cmc.	»
18. M. A., sarto, anni 39, idrocele destro.	4 anni	25-4-1938	500 cmc.	6 cmc.	»
19. N. G., ragioniere, anni 41, idrocele sinistro.	6 mesi	2-5-1938	80 cmc.	2 cmc.	»
20. F. C., impiegato, anni 55, idrocele sinistro.	8 anni	20-5-1938	330 cmc.	5 cmc.	»

ne di chinino-uretano al 30 % e solamente in due casi ho praticato, a distanza di un mese, una seconda iniezione.

Un dato di grande importanza è la quantità del liquido sclerosante da iniettare e che deve essere proporzionale al volume dell'idrocele e ritengo che gli insuccessi in gran parte possano essere attribuiti ad una deficiente quantità.

Come criterio generale ed in base alla esperienza posso affermare che per idroceli al disotto di 50 cmc. è sufficiente inoculare nella vaginale un centimetro cubo di una soluzione di chinino uretano al 30 %; al di sopra, e fino a 100 cmc. due centimetri cubi di liquido sclerosante; da 100 a 300 cmc. da 2 a 4 centimetri cubi e per quelli di volume maggiore da 5 ad 8 centimetri cubi. Anche qui un criterio importante da considerare è questo: per un idrocele molto antico è necessaria una maggiore quantità di liquido sclerosante, sia per la composizione chimica del liquido, sia per i tessuti che delimitano l'idrocele, mentre per un idrocele recente una minore quantità.

L'iniezione di liquido sclerosante nei casi da me osservati non è seguita da dolore, e se ciò talvolta avviene è perchè con il tre quarti si è toccato il testicolo e l'epididimo: in ogni modo questo lieve dolore che è più vivo verso l'orificio esterno del canale inguinale dura qualche minuto e scompare rapidamente; non ha quindi alcuna importanza.

Nei casi in cui si è osservata la tecnica perfetta spesso il paziente dopo l'iniezione avverte nell'emiscroto un senso di calore e talvolta si può notare un leggero arrossamento che scompare subito.

Qualche ora dopo l'intervento ed in qualche caso dopo 24 ore si nota un ingrossamento nell'emiscroto trattato, e che può raggiungere in 12, 24, 36 ore il volume primitivo dell'idrocele; ciò si verifica più spesso in quelli a medio contenuto di liquido (100, 200 cmc.). Tale ingrossamento, che provoca sovente meraviglia e qualche volta un senso di sfiducia nel paziente, è determinato invece dalla reazione locale della vaginale e secondo il mio punto di vista ha un significato favorevole.

In qualsiasi momento il malato non avverte alcun dolore e le borse non mostrano alcuna traccia di infiammazione. Alla palpazione della parete si avverte una sensazione di cuoio nuovo o di neve schiacciata che ricorda quello delle teno-siviti. Se si punge allora l'emiscroto trattato si estrae un liquido di colorito bluastro.

Di regola questa reazione si attenua a poco a poco e il liquido scompare completamente dopo 8, 10, 15 o venti giorni al massimo, ed allora l'emiscroto iniettato presenta le medesime dimensioni dell'altro. Un mese dopo il riassorbimento è completo e la guarigione è avvenuta.

Se dopo 15 o 20 giorni il liquido permane allora è necessario praticare un nuovo vuotamento dell'idrocele recidivante ed eseguire una seconda inoculazione di liquido sclerosante; la dose sarà leggermente inferiore a quella della precedente iniezione e sarà sempre in rapporto alla massa dl liquido estratto.

Allora seguirà una reazione che in genere sarà meno intensa della prima, quindi minore ingrossamento dell'emiscroto e minore quantità di liquido; se verrà esaminata presenterà delle variazioni paragonate al liquido estratto dopo una prima iniezione sclerosante, e cioè avrà un colorito rosso-scuro e sarà più vischioso.

Solamente in due casi ho dovuto praticare una seconda iniezione dopo quattro settimane; questi casi riguardavano idroceli recidivi in soggetti di giovane età di 23 e 28 anni; negli altri casi ed in ispecie in quelli di età avanzata ho notato un'efficacia terapeutica pronta e netta ed una tolleranza perfetta in tutti. Si tenga presente che spesso si trattava di idroceli di antica data, vuotati una infinità di volte; in un solo caso ho riscontrato un insuccesso. Si trattava di un paziente che già era stato sottoposto un anno prima a due interventi con iniezione sclerosante, non so a quale concentrazione, e tutte le due volte aveva avuto una recidiva. Fatta la iniezione è seguita una leggera reazione, però il liquido si è mantenuto nella stessa quantità dopo due mesi ed il paziente si è rifiutato recisamente di sottoporsi ad un secondo intervento. In questo caso veramente si potrebbe parlare di un insuccesso parziale e perciò ha una importanza relativa.

In tutti i casi osservati non ho dovuto lamentare alcun disturbo dovuto ad intolleranza, sebbene i pazienti fossero taluni di età avanzata e non ho notato alcuna complicazione a carico delle borse o del testicolo.

Ritengo quindi che il metodo della inoculazione di liquido sclerosante di chinino-uretano nella formula da me usata nel trattamento degli idroceli essenziali, deve essere attuato su larga scala, poichè richiede una tecnica semplice, è pratico e deve essere assolutamente preferito all'intervento chirurgico, che ha bisogno di una tecnica perfetta, ed un maggior

dispendio di tempo e di energie e di spese e di inattività lavorativa da parte del malato.

Il metodo incruento è scevro di pericoli, guarisce radicalmente ed in breve tempo l'idrocele idiopatico e può essere praticato ambulatoriamente.

Tra le soluzioni chimiche usate ritengo che si debba dare la preferenza alla formula da me usata del chinino-uretano al 30 % con antipirina in acqua e glicerina.

Questa formula, usata su 20 casi, mi ha permesso di ottenere la guarigione definitiva su 17 casi con una sola iniezione, in due casi con due iniezioni e solamente in un caso un insuccesso parziale. L'iniezione sclerosante è bene tollerata dai pazienti, non è dolorosa, richiede una tecnica semplice, può essere effettuata ambulatoriamente, ed il paziente può inoltre seguitare ad espletare la propria attività, perchè non deve rimanere a riposo.

RIASSUNTO.

L'autore dopo aver riportato la letteratura riguardante la cura degli idroceli essenziali con sostanze chimiche e dopo aver accennato brevemente alla eziopatogenesi, ha usato il metodo sclerosante con una soluzione di chinino-uretano al 30 % in 20 casi di idroceli essenziali.

La quantità di medicamento usato è variata da 2 a 6 cmc. inoculata subito dopo praticato il vuotamento. La tolleranza è stata perfetta. In 17 casi per ottenere la guarigione è stata sufficiente una sola iniezione: in 2 casi una seconda iniezione fatta un mese dopo. In un solo caso ha notato un insuccesso parziale, poichè il paziente ha rifiutato una seconda iniezione.

Questo metodo di cura merita un'ampia diffusione, poichè è scevro di pericoli e ben tollerato e di pratica attuazione. Permette di guarire in breve tempo ogni forma di idrocele essenziale.

BIBLIOGRAFIA.

1) BLAVIER L. *Traitement de l'hydrocèle par les inections de Chlorhydrolactate double de Quinine et d'urèe.* La Presse Mèdical, 2 maggio 1934.

2) BONINO M. *La Cura Incruenta dell'Idrocele con Iniezioni Sclerosanti.* Atti XVI Congresso Società Italiana Urologia, pag. 214.

3) GALLIZIA F. *Trattamento incruento dell'idrocele mediante iniezioni di chinino-uretano.* Atti del XV Congresso della Soc. Italiana di Urologia.

4) DELREZ L. *Trattamento sclerosante incruento dell'idrocele del testicolo.* Ztrbltt. f. Chir. LXII, 792, anno 1936.

5) GRASSO R. *La cura dell'idrocele con iniezioni sclerosanti di chinino-uretano.* « Forze Sanitarie », n. 8, 30 aprile 1936-XIV.

6) VINTICIN V. e H. ALTERESCU (Bucarest). *Le traitement sclèrosant de l'hydrocele.* V Congrès de la « Société Roumaine d'Urologie ».

7) MOTY O. Progrés Médical, XLIX, 1914, anno 1935.

8) DURAY M. Bruxelles Médical, XVI, 71, anno 1936.

9) ESSELL G. H., MARQUARDT C. R. et ARGENT I. *Urologie et cist.* rev., XL, 6, 386, 1936.

10) AIRES CORREA DE SOUZA NEVES. *Traitement de l'hydrocele vaginale par une méthode sclérosante.* Paris Medical, 12 mars 1938, pag. 220.

11) BERTHOUMEAU M. *Cura medica delle fistole anali con le iniezioni sclerosanti.* Monde Médical, maggio 1938-XVI, n. 205.

*

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE « M. BUFALINI » - CESENA
SEZIONE MEDICA
diretta dal prof. E. MONDOLFO.

Meningite zosteriana.

Dott. RAOUL MOLARI, assistente.

L'origine infettiva, nella etiologia dell'erpes zoster, è oggi generalmente ammessa e tale nozione, se pure incompleta, per le ancora insufficienti conoscenze sulla natura del virus zonatoso, permette tuttavia di renderci conto dei gravi fenomeni nervosi che talvolta accompagnano l'erpes zoster o ne rappresentano gli esiti.

Il virus zonatoso s'insedia infatti elettivamente sul sistema nervoso centrale, come dimostrano le recenti osservazioni di anatomia neuro-patologica: infatti, oltre alle lesioni del ganglio spinale e delle radici posteriori, note già da tempo per merito di Head e Campbel, gli studi accurati condotti dal Lhermitte, hanno potuto mettere in evidenza lesioni di tipo flogistico-degenerativo, caratterizzate da intensa vascolarite ed estesa proliferazione delle cellule nevrogliche ed accumulo di linfociti, a carico della sostanza grigia del midollo spinale.

Tale processo, che fu definito dall'Autore *tépromyelite aiguë zosterienne*, non si limita alle corna posteriori, ma si estende anche in avanti verso la commessura grigia ed invade spesso le corna grigie anteriori; neppure le radici anteriori restano sempre integre, anche se le lesioni eventualmente esistenti a carico di esse sono di tipo discreto, consistendo soltanto in irregolarità del cilindrasse, che appare ipertrofico ed in via di disintegrazione e demarcazione. Déjèrine e Thomas avrebbero dimostrato inoltre anche una compartecipa-

zione del sistema nervoso vegetativo, sotto forma di flogosi emorragica del ganglio simpatico e dei rami comunicanti.

L'infiammazione del sistema nervoso centrale si manifesta nel liquido cefalo-rachidiano con una quasi costante reazione albumino-citologica, reazione osservata per la prima volta da Brissaud e Sicard ed in seguito confermata anche da altri Autori: da Chauffard in un caso di zona oftalmico ed in due di zona toracico, da Brandeis in quattro casi e da Queyrat in un caso di zona genito-femorale. Achard, Loeper e Laubry in seguito riscontrarono tale reazione nel 50 % dei casi di erpes zoster da loro studiati, Touraine e Baumgartner nel 74 %, Pette nella totalità dei casi, con valori cellulari però non mai superiori ai 20-60 linfociti per mm³. Schussler su 18 casi di zona constatò 16 volte alterazioni del liquido cefalo rachidiano; in 2 soli casi il liquor era normale, sebbene la pressione fosse aumentata (190-200 mm.); negli altri casi notò 15 volte una R. Pandy positiva, 12 volte una Nonne-Appelt positiva, 6 volte il numero delle cellule era aumentato, 4 volte in modo considerevole.

Reazioni meningee più violente sono poi state descritte da Rabut e Chêne (107 linfociti per mm³) e più recentemente da Gadrat (225 linfociti per mm³ e gr. 0,7 di albumina).

Tali reazioni cellulari nel liquor, che trovano la loro spiegazione nella flogsi meningea che accompagna le alterazioni dei gangli e del midollo spinale, non sono sempre immediate, potendo apparire soltanto qualche giorno o qualche settimana dopo la comparsa delle prime vescicole e persistono talora lungamente: 6 mesi in un caso descritto da Achard e 10 anni in un altro riferito da Brandeis (Société de Biologie de Paris, 16 avril 1904); in tali casi gli elementi cellulari vanno incontro a modificazioni volumetriche di tipo microcitico (Chauffard e Froin).

Se tali reazioni del liquido cefalo-rachidiano, che decorrono in assenza di sintomi clinici meningei, sono dunque piuttosto frequenti, estremamente rari sono invece i casi in cui la reazione del liquor si accompagna ad una sintomatologia clinica meningitica conclamata, onde non è improprio parlare di *meningite zosteriana.*

Dallo spoglio della bibliografia medica risulta infatti che sino ad oggi non sono stati descritti che i seguenti casi:

1) Caso di Snowball W., nel 1883 (Austral Med. Journ. Melbourne, pag. 193).

2) Caso di Chauffard e Rivet (Société Médicale des Hôpitux, 2 giugno 1905). Reazione meningea in soggetto maschile di 40 anni con erpes zoster toraco-addominale.

3) Caso di Chauffard e Rendu (Société Médicale des Hôpitaux, 5 maggio 1907). Reazione meningea in una giovane donna con zona oftalmico.

4) Caso di Eschbach. Uomo di 30 anni affetto da zona toracico in cui, cinque giorni dopo l'eruzione erpetica, comparvero cefalea, posizione degli arti inferiori a cane di fucile, rigidità nucale, Kernig positivo; il liquor era ricco di albumina con intensa reazione cellulare linfocitaria.

5) Caso di Melnotte (Société de Médecine Militaire Française, 14 novembre 1929).

6) Caso di Potez-Furin (Société de Médecine de Rouen, 8 avril 1937).

A nostro giudizio non possono invece legittimamente rientrare nel gruppo delle meningiti zosteriane il caso di Mathieu, verificatosi in un individuo gottoso di 70 anni e dopo qualche settimana dalla comparsa di uno zona intercostale, ed il caso di Szczeniowski, perchè in esso non esisteva erpes zoster e l'etiologia zonatosa della meningite fu sospettata in base a criteri epidemiologici.

Non essendo riusciti rintracciare alcuna osservazione analoga nella letteratura medica italiana, abbiamo ritenuto non privo di interesse riferire sul caso di meningite zosteriana recentemente occorso al nostro esame, caso che, per la sua tipicità, sia dal punto di vista clinico che da quello etiopatogenetico, può contribuire alla conoscenza di questo raro quadro morboso.

Eccone in breve la storia:

Trattasi di M. G., di anni 14, da Cesena. Dall'anamnesi famigliare risulta che il padre è affetto da tubercolosi polmonare. Personalmente nessun precedente morboso, se si eccettuino i comuni esantemi infantili. Cinque giorni prima dell'ingresso in Ospedale il ragazzo cominciò ad accusare malessere generale, cefalea e vomito; febbre: 38°-38,5°. Dopo due giorni la cefalea si accentuò e comparvero anche violenti dolori di tipo nevralgico alla regione sopraorbitaria sinistra, dolori che si esacerbarono allorchè comparve una eruzione papulo-vescicolare alla regione in parola ed all'occhio sinistro, che divenne in breve arrossato e dolente. Essendosi accentuati, nei giorni successivi, i fenomeni meningei, viene ricoverato di urgenza in ospedale. All'ingresso in sezione notasi: aspetto sofferente; stato soporoso. Temperatura: 38,4°. Polso raro (54 pulsazioni al minuto) ed aritmico. Tendenza al respiro periodico. Marcata rigidità della nuca; posizione degli arti inferiori a cane di fucile; iperflessività ed iperestesia diffuse; segni di Kernig e di Brudzinski nettamente positivi. In corrispondenza della regione sopraorbitaria sinistra si nota un gruppo di elementi eruttivi papulo-vescicolari, disposti

orizzontalmente lungo il decorso della branca oftalmica del n. trigemino. Lieve tumefazione dei gangli infraorbitari e mandibolari di sinistra. All'esame dell'occhio sinistro notasi: ptosi palpebrale; sollevando la palpebra, l'occhio appare arrossato, edematoso e sulla cornea si notano vescicole erpetiformi. A carico della muscolatura: strabismo divergente (paralisi del m. retto interno). Midriasi pupillare, con torpida reazione alla luce ed alla accomodazione.

Si pratica una puntura lombare: il liquor fuoriesce a pressione aumentata, limpido come acqua di rocca. La rachicentesi determina un immediato miglioramento nelle condizioni del p., diminuzione della cefalea e degli altri sintomi cerebrali. Ecco quanto rilevasi all'esame chimico e microscopico del liquor:

Reticolo del Mya: assente.

Albumina: 0,40 per mille (Rachialbuminometro di Sicard).

Glicorrachia: 0,80 per mille.

Nonne-Appelt - I fase: lieve opalescenza (+).

Reazione di Wasserman: negativa.

Esame citologico: intensa reazione cellulare linfocitaria (150-200 linfociti per mm³ alla cellula di Nageotte).

Esame batteriologico: negativo.

Inoculazione del liquor nella cornea del coniglio: negativa.

Altri esami praticati: cutireazione con esito negativo ed esame radiologico dell'apparato respiratorio, pure negativo.

Intanto le condizioni del bambino andarono rapidamente migliorando: scomparso il Kernig, progressiva attenuazione della cefalea, delle nevralgie e del vomito; ritorno del sensorio e della psiche alla norma. Dopo due giorni il p. è apiretico; solo il polso si mantiene ancora un poco raro. All'esame dell'occhio: scomparso lo strabismo; ancora modica oftalmoplegia, che scompare però completamente dopo due settimane. Progressivo essiccamento delle vescicole erpetiche con esito in piccole cicatrici pigmentate.

Il ragazzo viene dimesso guarito dopo venti giorni dall'ingresso in Ospedale.

Rivisto ambulatoriamente dopo un mese, le sue condizioni risultano normali.

La sindrome meningea presentatasi alla nostra osservazione con caratteri di estrema gravità e risoltasi invece felicemente, in breve tempo, richiese, agli effetti di un esatto orientamento diagnostico, una disamina differenziale con le varie forme di meningiti a liquor limpido.

La *meningite tubercolare* è la prima cui si deve pensare in caso di albuminorrachia e linfocitosi. Nel nostro caso stavano inoltre a favore di essa la ereditarietà tubercolare e la convivenza con il padre, affetto da tubercolosi polmonare aperta. Il ragazzo però non aveva sofferto di precedenti manifestazioni tubercolari pleuriche o ghiandolari e la sindrome meningea non era stata preceduta da alcun periodo di dimagrimento progressivo e marcato, ma era insorta bruscamente; negative risultavano le reazioni tubercoliniche; nel liquor si aveva poi iperglicorrachia anzichè ipoglicorrachia, mentre risultava negativa la ricerca del bacillo di Koch; elemento infine di decisiva importanza, l'andamento favorevole della malattia: sono stati riferiti casi di guarigione di meningiti sicuramente tubercolari, ma questi casi sono del tutto eccezionali e sono stati osservati soltanto nell'adulto.

Per la *meningite linfocitaria benigna* stava l'esordio brusco, l'intensità della reazione citologica in contrapposto alla scarsa albuminosi (tendenza alla dissociazione albumino-citologica), l'età e il sesso. Deponevano invece contro l'iperglicorrachia e naturalmente il parallelismo evolutivo coll'erpes zoster.

La forma *meningitica della poliomielite* è relativamente frequente e casi di tale genere furono descritti in Italia da Ferrara e da Greppi, e se ne ebbero numerosi anche nell'ultima epidemia ligure. Tale forma, cui si pensa sopratutto in base al criterio epidemiologico, presente nel nostro caso, data l'identità del reperto isto-chimico del liquor, si differenzia nel periodo preparalitico, per l'esistenza di sudori profusi, di ipotonia muscolare e di iperreflessività tendinea.

La *meningite acuta sifilitica* degli eredoluetici si poteva escludere per la negatività della reazione di Wasserman, praticata sul liquor, mentre d'altra parte mancavano stimmate eredo-luetiche.

Se per la *encefalite* poteva deporre la sindrome oculare, tuttavia contro di essa stava, oltre la prevalenza dei fatti meningei e la mancanza di mioclonie, il reperto del liquor, perchè è noto che nella encefalite la linfocitosi è rara.

Tra le forme meno frequenti, ma tuttavia da prendersi in considerazione è da citare anche la *meningite parotidea primitiva* in cui la reazione meningea precede la tumefazione delle parotidi (Wessenbach, Urecchia, Bernheim ecc.); contro di essa stava però la mancanza di antecedenti parotidei famigliari e l'assenza di algie alle regioni parotidee; inoltre in tali forme la glicorrachia è normale.

La *spirochetosi meningea* pura, anitterica (Coste e Troisier), è caratterizzata da erpes e si accompagna spesso a dolenzia nella regione epatica; il liquor presenta inoltre, in primo tempo, una decisa mononucleosi e solo tardivamente prevalgono i linfociti; la glicorrachia è normale; tale forma si manifesta poi sempre in condizioni eziologiche particolari di ambiente (luoghi umidi e fangosi, infestati da ratti) e di contagio (bagni in acque fluviali inquinate, con escoriazioni cutanee e mucose in atto), che non ricorrevano nel nostro caso.

Per le stesse ragioni si poteva escludere la *meningite dei giovani porcai*, forma che inizia bruscamente, con disturbi gastro-enterici se-

guiti da fatti meningei spiccati, intensa leucocitosi ed iperalbuminosi nel liquor, e che si osserva soltanto in coloro che hanno contatto con maiali.

L'assenza di affezioni dell'orecchio medio e dell'orecchio interno eliminavano poi l'eventualità di una *meningite otogena*, per irritazione da vicinanza, mentre l'esame obbiettivo era sufficiente a farci escludere le reazioni meningee che talvolta complicano il decorso di certe malattie infettive (polmonite, influenza, febbre tifoide, morbillo, varicella, ecc.).

Se la differenzazione diagnostica con i quadri meningei dianzi citati non presentò particolari difficoltà, restava tuttavia da considerare la eventualità di una *meningite erpetica*, sindrome morbosa che ha grandi affinità con la meningite zonatosa.

Già fin dal 1904 Ravaud e Darré avevano segnalato l'esistenza di una reazione cellulare del liquor nella maggior parte dei casi di erpete, ma non fu che nel 1923 che Philibert descrisse, sotto il nome di meningite erpetica, un quadro meningeo, con associazione di fenomeni clinici (cefalea, vomito, polso raro, Kernig, ecc.), a reazione albumino-citologica nel liquor, osservata in una donna con erpete buccale.

In seguito osservazioni consimili furono riferite da Nobecourt, Jant, Cotoni e Kindberg, Sendrail, Pette e più recentemente da Aubertin e Fleury e da Leri e Lievre, tanto che oggi si ammette la legittimità del termine di meningite erpetica a tale complesso di fenomeni.

La diagnosi differenziale nel nostro caso si imponeva, dato che oggi si ammette che tra l'erpete semplice e l'erpes zoster non esista alcun rapporto, sia dal punto di vista eziologico che da quello immunobiologico ed epidemiologico, tanto che Doerr, Lipschütz ed altri consigliano di rinunciare alla vecchia denominazione di erpes zoster, di uso tanto comune, perchè potrebbe dar luogo ad interpretazioni errate.

L'erpete è infatti una malattia infettiva, caratterizzata, dal punto di vista dermatologico, dalla eruzione di vescicole sulla cute e sulle mucose, con particolare predilezione per le zone di demarcazione tra esse.

L'erpete è inoculabile agli animali, come hanno dimostrato le ricerche di Grüter e di Löwenstein: il contenuto delle vescicole di erpete, innestato mediante scarificazioni sulla cornea del coniglio, vi provoca una tipica cherato-congiuntivite erpetica.

Il virus dell'erpete, di cui è discussa l'affinità con quello della encefalite, non è stato però fino ad oggi isolato.

L'erpete è clinicamente caratterizzato dalla spiccata tendenza alle recidive, ed in esso la reazione di fissazione del complemento all'antigene zona-varicella, con il metodo di Netter e Urbain, risulta negativa.

Lo zona è invece una malattia infettiva, affine alla varicella, sostenuta da un virus ignoto che si sottrae ad ogni ricerca sperimentale non esistendo animale recettivo ad esso; infatti Lipschütz, Marinescu, Luger e Landa, Cipolla, Fantana, Netter, Urbain ed altri che hanno tentato di inoculare il virus zosterico sulla cornea del coniglio o su quella di altri animali non hanno ottenuto alcun risultato.

Clinicamente poi lo zona differisce in quanto non dà recidive, conferendo una immunità completa e duratura ed in esso la reazione di fissazione all'antigene zona-varicella è di solito positiva.

Nel nostro caso l'eruzione eritemato-vescicolare monolaterale, a disposizione segmentaria sul tragitto di un tronco nervoso era da identificarsi senza dubbio coll'erpes zoster e precisamente con la varietà più comune: lo zona oftalmico.

L'erpete semplice infatti, che è spesso bilaterale, ha per sede di predilezione le labbra, l'ano, la vulva ed il prepuzio e le vescicole sono in esso distribuite irregolarmente. Il rialzo termico notevole che caratterizzò il decorso del nostro caso, non si osserva poi mai nell'erpete semplice in cui si ha di solito un modico e fugace movimento febbrile. Le manifestazioni neuritiche e la tumefazione delle linfoghiandole regionali deponevano poi decisamente per lo zona, come pure l'esito delle vescicole in piccole cicatrici pigmentate.

Il caso oggetto della presente nota si presta ad alcuni rilievi etiopatogenetici.

Attualmente si tende ad ammettere, secondo la scuola di Levaditi, che il virus zonatoso non sia di origine esogena, come ritenevano Marinescu e Draganescu, bensì endogena: esso vegeterebbe, allo stato di simbiosi, a contatto degli elementi epiteliali della mucosa buccofaringea e nell'interno delle cripte tonsillari; la localizzazione del virus su territori limitati dell'ectoderma propriamente detto e sui settori del nevrasse, di cui questi sono tributari, sarebbe determinata da una caduta momentanea del tono immunotrofico metamerico del sistema nervoso.

Dibattuta è invece ancora la questione se il virus si propaghi per via sanguigna o per via meningea.

Il decorso clinico del caso da noi osservato depone per la seconda ipotesi: difatti in esso i fenomeni meningei precedettero nettamente la comparsa della eruzione eritemato-vescicolare erpetica e la paralisi dell'oculomotore

esterno, per cui si deve ammettere che il virus zonatoso, giunto allo spazio sub-aracnoideo dal rino-faringe, probabilmente lungo i filetti del nervo olfattorio, abbia provocato un processo di meningite basilare e che solo in secondo tempo si sia esteso al ganglio ed alla branca oftalmica del nervo trigemino.

Ammettendo tale via di diffusione del virus zonatoso anche le sindromi motorie (paralisi oculari, facciali, palatine, ecc.) che spesso accompagnano l'erpes zoster, restano più facilmente spiegabili, ritenendole di origine centrale, per lesioni nucleari meningogene.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un raro caso di meningite zosteriana, osservata in un ragazzo di 14 anni. Dopo un breve cenno sul decorso clinico, passa a discuterne la diagnosi differenziale, specialmente nei confronti con la meningite erpetica, rilevando poi come il caso riferito apporti un importante contributo alla teoria meningogena della propagazione del virus zosteriano.

BIBLIOGRAFIA.

CHAUFFARD. *Les réactions méningitiques du zona.* H. de med., Paris XI, 1907.
DÉJÈRINE e THOMAS. Revue neurologique, 1907.
GADRAT. Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphilografie, 9 giugno, 1932.
LHERMITTE. Société de medicine de Paris, 11 maggio 1934.
MATHIEU. Société de medicine de Nancy, 1929.
RABUT e CHÊNE. Société de medicine Française de Dermatologie et de Syphilografie, 12 luglio 1928.
SCHUSSLER. Dermatologische Wochenschrift, t. 100, n. 14, 6 aprile 1935.
SZECZENIOWSKI. Société de Neurologie de Varsavie, 22 giugne 1933.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

La diarrea ed il vomito dei lattanti.

(J. F. WARD. *Practitioner*, aprile 1939).

La diarrea ed il vomito sono disturbi che si verificano nei lattanti più che in altro periodo della vita, e quantunque possano verificarsi indipendentemente l'uno dall'altro, costituiscono in molti casi una sindrome dovuta alla stessa causa. Sembra che siano espedienti della natura per eliminare dal tubo gastro-enterico sostanze nocive all'organismo. Tuttavia quest'azione difensiva, quando sia troppo intensa e prolungata, finisce per riuscire dannosa. Il vomito e la diarrea in tal caso producono disturbi gravi dello stato di nutrizione generale, disidratazione, demineralizzazione, alterazioni dell'equilibrio acido-basico, tossiemia, riduzione della resistenza all'infezione e non di rado la morte.

I fatti che possono rendere conto dell'etiologia della diarrea e del vomito dei lattanti sono i seguenti: 1) alta frequenza nei primi mesi della vita: 2) maggiore frequenza nei bambini alimentati artificialmente; 3) maggiore frequenza durante l'estate.

Va anche notato che l'affezione è più frequente nelle classi povere, nei bambini che sono alimentati insufficientemente e presentano disordini gastro-intestinali cronici, e più nelle città che nelle campagne.

Sembra che la maggiore frequenza nei primi mesi della vita sia dovuto al fatto che in questa età la secrezione dell'acidità gastrica è molto spesso scarsa. Si avrebbe quindi una diminuzione dell'acidità del duodeno, fatto che favorirebbe lo sviluppo dei batteri. Ciò sarebbe dimostrato dai dati sperimentali, nonchè dai benefici effetti del latte acido nella profilassi e nella cura della diarrea. D'altra parte il fatto che questa spesso si presenta con altre infezioni parenterali (otite media, catarri delle vie respiratorie, pielite, infezioni cutanee) può spiegarsi con la circostanza che le infezioni stesse determinano una riduzione della secrezione dell'acido cloridrico.

Le cause più importanti e più frequenti della diarrea infantile sono i disordini alimentari: alimenti quantitativamente e qualitativamente inadatti, oppure infetti. L'alimentazione eccessiva durante la stagione calda è la causa più comune della diarrea. L'abbondanza di grassi o di carboidrati producono l'eccitazione della parete intestinale e fermentazioni che aumentano la peristalsi e la secrezione intestinale. Il caldo esterno agirebbe diminuendo la secrezione dell'acido cloridrico nonchè la resistenza alle infezioni.

Le ricerche batteriologiche non hanno fatto rilevare un agente specifico della diarrea in-

fantile. Nelle forme nettamente dissenteriche si è trovato il bacillo della dissenteria, ed in alcuni casi si è trovato anche un bacillo del gruppo del tifo. Il bacillo di Morgan N. 1 è stato da alcuni considerato come l'agente specifico. Sta di fatto però che i microrganismi che s'incontrano più frequentemente sono il bacterium coli communis ed il bacterium coli aerogenes.

L'anatomia patologica non chiarisce gran che la situazione. Il reperto più comune è costituito dalla degenerazione grassa del fegato. È raro constatare segni definiti di enterite o ulcerazioni. In qualche caso si è riscontrato uno spasmo dello stomaco e dell'intestino, il che ha fatto pensare che nel determinismo dell'affezione non debba essere estraneo il sistema nervoso autonomo.

La sintomatologia varia con la gravità della forma: da un leggero aumento delle defecazioni, con o senza vomito e senza sintomi generali, si passa alla diarrea più o meno abbondante e frequente con uno stato di profonda disidratazione e intossicazione, il così detto colera infantile.

Nei casi di media gravità le feci sono verdi, più fluide del normale, e contengono particelle indigerite di alimenti. Nei casi gravi si ha emissione presso che incessante di feci, di colore verde brillante, contenenti muco e sangue. La loro reazione, specie se l'alimentazione è a base di carboidrati, è di solito acida. Negli ultimi stadi le feci diventano meno abbondanti e brune, e sono costituite essenzialmente di muco e di residui intestinali. Il passaggio frequente di feci abbondanti ed irritanti provoca nell'ano ulcerazioni e dolore.

Di solito si ha febbre che può essere anche alta, ma la temperatura può anche rimanere inalterata o diventare subnormale.

I sintomi più impressionanti sono quelli dovuti alla disidratazione: occhi cerchiati, labbra secche, fontanelle infossate, pelle inelastica, addome incavato, diminuzione delle urine, polso frequente e piccolo. Contemporaneamente si ha acidosi rilevabile innanzi tutto dall'alito acetonico. Non di rado si ha stomatite. In ogni momento si può avere collasso improvviso. Di solito l'approssimarsi della fine è annunziata da uno stato di agitazione o di convulsioni: si ha quindi il coma. In molti casi la morte è accelerata o determinata dalla broncopulmonite.

La diarrea infantile può essere benissimo evitata. La migliore salvaguardia è costituita dall'allattamento naturale e dallo svezzamento durante la stagione non calda. L'allattamento artificiale dovrebbe essere fatto con farine lattee povere di grassi, dovrebbe essere evitato ogni eccesso alimentare ma tra un pasto e l'altro dovrebbero essere dati liquidi liberamente. Il bambino dovrebbe riposare in camere bene aerate e leggermente coperto.

Ogni accenno alla diarrea, specie durante la stagione calda e se il bambino ha precedentemente sofferto disturbi digestivi cronici, deve essere subito combattuto.

Una volta manifestatasi la diarrea bisogna accertare se esistono cause parenterali ed eventualmente eliminarle. Se la diarrea è dovuta ad errori dietetici bisogna innanzi tutto somministrare un purgante (un cucchiaino di olio di ricino) e per 24 ore non dare al bambino che soluzioni di glucosio (5-10 %) o di sale (0,45 %). Quando il bambino è molto debole ed esiste vomito invece di dare l'olio di ricino conviene fare una lavanda gastrica con bicarbonato di soda e clisteri quotidiani di soluzione fisiologica. L'alimentazione quindi si riprende gradatamente con latte acido scremato con aggiunta di piccole quantità di acido lattico. Il latte si può addolcire con destrimaltosio meglio che con glucosio o lattosio perchè meno fermentabile. La somministrazione di mele grattuggiate non sempre riesce utile.

La disidratazione grave, specie quando c'è vomito, si combatte con iniezioni di soluzioni saline o glucosate per via sottocutanea, endovenosa o intraperitoneale. È preferibile la via sottocutanea, a meno che non vi siano indicazioni di urgenza, nel qual caso bisogna ricorrere alla via endovenosa. Le soluzioni di glucosio (5 %) hanno il vantaggio di ridurre la tendenza alla chetosi, ma hanno l'inconveniente del pericolo di infezioni. Meglio risponde la soluzione di cloruro di sodio (0,45 %) iniettata sotto l'ascella nella quantità di 25 cmc. per chilogramma due volte al giorno. Lo stesso liquido si può iniettare nei casi gravi ed acuti, nel peritoneo: l'iniezione si fa sotto anestesia locale, l'ago deve essere introdotto ad angolo acuto con la parete addominale, un dito al di sotto dell'ombelico. È importante accertare preventivamente che la vescica è vuota e l'intestino non è disteso. La soluzione da iniettare deve avere la temperatura del corpo.

Nei casi gravissimi si può ricorrere alla trasfusione di sangue (25 cmc. per Kgr. di peso).

Nelle forme di dissenteria bacillare si potrà ricorrere al siero antidissenterico: ma l'effetto non è sicuro.

Per evitare di irritare ancor più la parete intestinale conviene astenersi dal somministrare medicine oltre l'olio di ricino dato inizialmente e che eventualmente può essere ridato a dosi minime anche in seguito. Se la diarrea fosse infrenabile si potrebbe dare il bismuto o la creta con piccole quantità di oppio. Per sostenere le forze del piccolo infermo si fanno, nei casi gravi, iniezioni di preparati di canfora solubile in acqua. DR.

Il significato dei fatti gastro-intestinali come sintomi precoci della tubercolosi polmonare.

(O. WERNER. *Zeit. f. Tuberkulose*, marzo 1939).

Si può dire, in linea generale, che a parte alcune particolari eccezioni, non vi è malat-

tia o processo patologico che non decorra con qualche fatto a carico del tubo gastro-intestinale. E, generalizzando in un altro senso, si può dire che non vi è nessun individuo che non abbia sofferto qualche volta di modificazioni morbose degli organi addominali. Ne deriva, quindi, che il problema della diagnosi differenziale dei fatti gastro-intestinali si presenta molto complesso e difficile.

Vecchio, e spesso dimenticato, problema questo del significato dei fatti gastro-intestinali nella sintomatologia precoce della tubercolosi polmonare; le osservazioni risalgono ai vecchi medici, che avevano osservato come in una proporzione non piccola di casi i disturbi gastrici coprono, in certo modo, l'inizio della tubercolosi polmonare. Da un punto di vista generale, si può avanzare la supposizione che tali sintomi siano da riferirsi ad alterazioni tubercolari primarie o secondarie degli organi del tratto digerente.

L'estrema rarità dei casi di tubercolosi gastrica primaria (8 in tutta la letteratura) e l'inverosimiglianza dell'attecchimento dei bacilli tubercolari sulla mucosa gastrica (contro cui stanno le osservazioni di stragrandi quantità di tubercolosi che ingeriscono il loro sputo) permettono di escludere in linea generale l'esistenza di una tubercolosi primaria gastrica. Più frequente, ma di scarso significato per la pratica può essere quella secondaria, come ulcera esprimente la generalizzazione del processo polmonare primario, evenienza che nelle varie statistiche raggiunge al massimo l'1 % dei casi. Essa avrebbe di preferenza origine ematogena, con una localizzazione analoga a quella dell'ulcera semplice. Si trovano inoltre delle forme ipertrofiche e sclerosanti, come pure una forma di infiltrazione miliare-caseosa.

La diagnosi clinica di una tubercolosi gastrica o di un'ulcera gastrica specifica è, però, raramente possibile, specialmente per la mancanza di un complesso sintomatico particolare. La forma miliare non dà, si può dire, disturbi ed è riconosciuta solo al tavolo anatomico; l'ulcera si manifesta con gli stessi caratteri di quella semplice; tutt'al più appaiono più rare, in quella, la formazione di nicchie e l'emorragia; le forme ipertrofica e stenosante non si differenziano agevolmente da altre cause di stenosi e particolarmente dal carcinoma gastrico, con cui talvolta sono state confuse.

Maggiore significato clinico hanno, invece, le malattie intestinali specifiche. L'intestino sta al secondo posto come punto d'infezione tubercolare e le forme primarie o secondarie sono senza confronto più frequenti che non quelle gastriche. La tubercolosi intestinale non soltanto è il fatto concomitante più frequente della forma polmonare cronica, ma la mucosa intestinale prende costantemente parte alla generalizzazione precoce. Dalle statistiche risulta che la tubercolosi intestinale rappresenta l'infezione primaria nel 16 % dei casi; valori molto più alti raggiunge tale forma come infezione secondaria dal 43 al 90 %), secondo i risultati di autopsia.

Importanza particolare riveste poi la tubercolosi primaria nell'età infantile, a cominciare dal semplice complesso primario clinicamente non riconoscibile per continuare con le ghiandole mesenteriche calcificate fino al grave quadro della tabe meseraica. Nell'adulto, la tub. intestinale primaria è assai rara.

Non è ancora ben chiarita la questione se esistano differenze fra tub. intestinale primaria e secondaria per quanto riguarda la localizzazione, i fenomeni ed il decorso. Probabilmente si deve rispondere in senso negativo. La tub. intestinale si manifesta, sia in forma di un tumore ileo-cecale stenosante, o nella sezione del colon, oppure come ulcere diffuse; si è inoltre descritto un modo d'infezione secondo cui non si hanno alterazioni locali, ma i bacilli passano la mucosa per continuare con la via linfatica. Secondo vari autori, la forma primaria si manifesterebbe essenzialmente col tumore ileo-cecale, mentre quella secondaria con le ulcere multiple; secondo Staehelin, la prima avrebbe origine ematogena e sarebbe pertanto da differenziarsi dalle ulcere prodotte dal contatto con lo sputo inghiottito.

I fatti intestinali da ulcere costituiscono la generalizzazione della tisi grave cronica e sono quindi accompagnati da sicuri sintomi polmonari. Diverso è il caso del tumore ileo-cecale che, come accade per la tubercolosi gastrica, dà sintomi di stenosi e viene generalmente confuso con un carcinoma.

Da quanto si è esposto, si può concludere che i fatti gastro-intestinali che possono trovarsi come sintomi precoci di tubercolosi polmonare non sono attribuibili a lesioni anatomiche gastro-intestinali di natura tubercolare.

Dalle statistiche di Cohen, risulta che nel 20,8 % dei casi tali fatti dominano nel quadro clinico all'inizio e per lungo tempo prima delle manifestazioni polmonari. Circa 1/5 dei casi di tubercolosi polmonare non ha sul principio dei sintomi sicuri dal lato polmonare, ma invece si presenta come una vaga malattia gastro-intestinale. Fatto importante quando si consideri la necessità di una diagnosi precoce della tub. polmonare per un'efficace terapia. Ad analoghi risultati è arrivato Koppenstein con uno studio su 2000 pazienti in cura per malattie gastro-intestinali senza che vi fosse sospetto di tubercolosi. All'esame con i raggi X, si trovarono: 20,45 % con segni di processi specifici decorsi, 7 % con processi recenti non ancora calcificati e 0,45 % con caverne sicure. Tenuto conto che tali malati erano in cura per una malattia gastro-intestinale più o meno comprovata, si deve inferire che il numero delle tubercolosi polmonari nasco-

ste sotto il quadro gastro-intestinale deve essere molto alto.

Queste manifestazioni gastro-intestinali non sono tanto da riferirsi ad un'inondazione dell'organismo da parte delle tossine, quanto piuttosto alla compartecipazione del vago ed al fattore costituzionale.

Dal punto di vista clinico, si osserva anzitutto che non esiste un complesso sintomatico patognomonico per la tubercolosi e che, anzi, questi sintomi gastro-intestinali sono caratterizzati per la loro irregolarità ed incostanza. Da menzionarsi soprattutto le variazioni dell'appetito, spesso molto bizzarro, generalmente mancante e talora alternato con accessi di vera fame; talvolta il paziente ha un gran desiderio di cibi acidi e, quando li può avere ne risente nausea. Quasi sempre tali tali disturbi dell'apparato vanno di conserva con un malessere generale, a cominciare dal più semplice grado di ripienezza fino ad un vomito regolare. Alcuni autori considerano il vomito, in connessione con forti e lunghi accessi di tosse, come uno dei segni annunciatori di tubercolosi, ma non sembra che esso sia così regolare e frequente da poter servire come indizio.

Si hanno spesso dolori alla regione gastrica o senso di pressione dopo i pasti, rinvii acidi, talora diarree, alternantisi con periodi di stitichezza. Poco frequente è il complesso sintomatico pilorico, che possa far sospettare un'ulcera, ma in parecchi casi della letteratura risulta che tale complesso ha persino portato al tavolo operatorio, trovandosi lo stomaco del tutto sano, mentre poco tempo dopo si ebbero nette le manifestazioni di tubercolosi polmonare.

L'A. riporta due osservazioni personali. Nell'una si avevano i segni dell'ulcera, ma dopo 3 settimane di cura non si manifestarono miglioramenti; esame radiologico dello stomaco negativo. La comparsa di un po' di raucedine e di tosse fece praticare l'esame radiologico del torace e si trovò una tubercolosi infiltrativa cavernosa; da rilevarsi che già 8 settimane dopo l'inizio dei sintomi gastrici, si erano formate delle aderenze pleuriche. In un altro caso, i dolori colici durati per 36 ore e la dolorabilità all'addome superiore avevano fatto sospettare una gastrite, che l'esame radiologico dei polmoni non confermò; un controllo radiologico dei polmoni, rivelò l'esistenza di una tubercolosi al II stadio produttivo-cirrotica con probabili caverne.

Fenomeni di tal genere possono interpretarsi come espressione di disturbi funzionali gastro-intestinali nel campo motorio o secretorio, della sensibilità o delle facoltà di assorbimento. Da tali disturbi puramente funzionali possono poi svilupparsi delle alterazioni anatomiche vere e proprie, sicchè dai disturbi vaghi si passa ad una vera gastrite radiologicamente riconoscibile. Essenziale è, però, ricordare che tali disturbi più o meno vaghi possono preannunciare una tubercolosi polmonare e che, quando dopo una cura adatta non si vedono scomparire, sarà necessario un esame più completo per scovare anche le possibili lesioni polmonari tubercolari.

fil.

L'iperazotemia nelle stenosi del piloro.

(P. PONTRANDOLFI. *Arch. It. Mal. App. Dig.*, febbraio 1939).

L'A. — basandosi sull'affermazione di Luquet e Bertroux che in caso di occlusione gastrica serrata bisogna operare subito senza tener conto dell'iperazotemia che scomparirà rapidamente dopo l'operazione, — ha studiato il comportamento dell'iperazotemia su 120 casi di stenosi del piloro operati nella Cl. Chir. della R. Università di Bologna.

Dopo aver premesse alcune nozioni sull'azotemia e sulle iperazotemie nel loro meccanismo patogenetico, l'A. fa notare quanto segue:

— nei malati affetti da stenosi del piloro vi è sempre una iperazotemia, ed i valori di essa sono proporzionati al grado della stenosi;

— le cause che concorrono alla provocazione di tale iperazotemia sono: disintegrazione proteica, disidratazione, alterazione dell'equilibrio acido-basico del sangue, cloropenia, alterazione funzionale del rene (oliguria), eventuali alterazioni epatiche;

— in questi malati i valori azotemici, nei giorni che seguono immediatamente l'intervento, vanno abbassandosi progressivamente e rapidamente tornano alla norma.

Attribuendo quindi la causa diretta dell'iperazotemia alla stenosi, l'A. deduce che in simile evenienza non bisogna più subordinare l'operazione all'iperazotemia, ma, senza tener conto di questa, operare d'urgenza per vedere in tal maniera ritornare alla norma i valori azotemici.

S. F.

MISCELLANEA.

La concezione fisiologica della medicina.

(R. PILLA. *Anals da Faculdade de medicina de Porto Alegre*, luglio-settembre 1938).

È la prelezione del Corso del prof. Pilla, tenuta il 6 marzo 1937 nella nuova Università di Porto Alegre.

L'argomento non è nuovo, perchè, a rigore, si può ritrovare in Ippocrate, il padre della medicina, ma è d'attualità, perchè in questi ultimi tempi la tendenza fisiologica si va nettamente contrapponendo a quella anatomica.

Secondo la concezione anatomica, il nostro corpo è una congerie di organi il cui funzionamento dipende strettamente e rigorosamente dalla sua integrità morfologica e strutturale. La malattia è una lesione di questa integrità. Un tempo la maggior gloria del clinico

era di vedere confermata la sua diagnosi dall'esame necroscopico.

Nella concezione fisiologica della medicina quel che importa è il funzionamento degli organi. La vita è attività, dinamismo. Un organismo morfologicamente integro, ma che cessa di funzionare, è un cadavere. La malattia è un disturbo funzionale e il medico deve non tanto trattare la lesione, quanto correggere le perturbazioni funzionali ad essa legate.

Mentre la concezione anatomica va perdendo terreno, quella fisiologica ne va guadagnando. Più che due concezioni irriducibilmente contrarie, sono due fasi diverse di una medesima evoluzione del pensiero scientifico. Come lo studio dell'anatomia deve logicamente precedere quello della fisiologia, anche lo studio dell'organismo deve cominciare dalla forma per poi passare alla funzione.

Lo studio dell'anatomia precedette quello della fisiologia nel campo delle notevoli scoperte che diedero nei secoli scorsi la base scientifica della medicina. La concezione anatomica unita ai concetti della fisica diede la scuola iatromeccanica nel 17° secolo. Assimilato l'organismo ad una macchina, la funzione passava alle dipendenze dirette della forma. La lesione era tutto nella malattia. Vennero poi i grandi pionieri dell'anatomia patologica, Laennec, Couweilher, Morgagni, Virchow.

L'anatomia patologica precorse la fisiologia patologica. Era giusto paragonare l'organismo ad una macchina e studiarne le parti che la compongono; ma trattandosi di una macchina vivente il paragone non è perfetto, perchè è una macchina che da sola si muove, si mantiene, si dirige, si ripara.

L'organo non ha importanza per sè, ha importanza per la sua funzione. Anzi, secondo il concetto di Lamark, è la funzione che crea l'organo.

Questo concetto va accettato con una piccola restrizione: per ogni funzione è necessario un organo e l'organo, per il fatto stesso che funziona, si modifica continuamente. Così la contrazione muscolare non si può avere senza il muscolo, ma il muscolo, contraendosi ripetutamente, si ipertrofizza. Ma la contrazione muscolare non può essere considerata solo per sè stessa: essa è legata alla circolazione sanguigna, al consumo di ossigeno e di glucosio, alla respirazione, alla capacità funzionale degli emuntori. Ogni organo è strettamente collegato al funzionamento degli altri.

Forma e funzione sono due aspetti di un organo, l'uno statico, l'altro dinamico, e la vita è funzionamento degli organi.

La medicina è l'arte di preservare e difendere la vita.

Importanti sono i rapporti fra lesione anatomica e alterazione funzionale. Una stenosi valvolare del cuore porta con sè una diminuzione della pressione, una deficienza di irrorazione degli organi, una deficienza dell'ematosi, una diminuzione dell'escrezione. A queste modificazioni funzionali il cuore supplisce con un aumento di lavoro. Il medico non può agire direttamente sulla lesione ma può solo agire sulla funzione aumentando la tonicità del miocardio, diminuendo il lavoro a cui il cuore è sottoposto, aumentando la secrezione urinaria.

Esistono nell'organismo delle energie latenti, dovute al fatto che non solo ogni organo non lavora abitualmente al massimo, ma che ha la capacità di lavorare di più se è necessario. Così nella respirazione abitualmente non si utilizza tutta la capacità respiratoria se non in casi di sforzi o di malattie; così esistono centri nervosi che entrano in funzione solo quando devono supplire i centri abitualmente funzionanti e messi fuori uso per malattie. È la legge biomeccanica della superabbondanza di Benedikt che il Pilla preferisce chiamare legge di sicurezza dell'organismo. È anche la legge biomeccanica della massima economia.

La malattia è costituita da disturbi funzionali e sono questi che devono guidare nella diagnosi, nella prognosi e nella cura. I disturbi funzionali possono dipendere da una lesione anatomica, ma molte volte sono proprio essi che producono questa lesione. La comparsa di una lesione è preceduta da alterazioni funzionali, che per un certo tempo rimangono latenti.

La funzionalità dell'organismo è importante anche nelle malattie infettive, in cui l'agente etiologico, il batterio patogeno, agisce provocando o no la malattia secondo le condizioni funzionali dell'organismo che lo ospita.

Nella malattia esistono quindi tre fasi: la predisposizione morbosa, la fase di malattia latente o preclinica e la fase clinica.

La terapia quindi può essere preventiva, abortiva e curativa. Compito del medico moderno è quello di sviluppare il più possibile la terapia preventiva.

Opponendo l'umorismo ippocratico all'organicismo galenico il Pilla si sofferma a considerare il problema della chirurgia nei riguardi del concetto fisiologico e mette in rilievo che anche in questa branca che sembrerebbe dover essere dominio esclusivo dell'anatomia, non è possibile fare un intervento senza tener conto dell'intero organismo e quindi della funzione dei vari organi.

Il Pilla si sofferma lungamente a trattare di quella che Leriche chiama chirurgia fisiologica.

Con queste argomentazioni l'A. non intende deprezzare l'anatomia, ma mettere in rilievo che anatomia e fisiologia non solo sono in stretto rapporto fra loro, ma che nella medicina moderna la contraddizione fra il pen-

siero anatomico e quello fisiologico tende a scomparire e che la biologia, spezzettata per necessità di studio, si ristabilisce nella clinica come un'unità fondamentale e indistruttibile.

L.

L'ossigeno in aviazione.

(W. M. BOOTHBY e W. R. LOVELACE. *Journal of Aviation Medicine*, dicembre 1938).

Il rapido sviluppo dell'industria aeronautica rende oggi possibile la realizzazione corrente di aeroplani per uso civile capaci di volare ad altezze di 3000-7000 metri. I vantaggi del volo ad alta quota sono ben noti ai tecnici: essi consistono essenzialmente nella facilità di evitare urti contro montagne, indipendentemente da eventuali errori di rotta, nel poter sfuggire la maggioranza dei disturbi atmosferici, nel possibile sfruttamento di correnti d'aria dirette nel senso del volo, nella maggiore velocità raggiungibile per la rarefazione dell'aria.

Ma il volo ad alta quota porta con sè il problema della respirazione degli aviatori nell'aria rarefatta. Fin dal 1878 Paul Bert aveva dimostrato che la diminuzione della pressione barometrica dà luogo a disturbi nell'uomo quando si riduce la pressione parziale di ossigeno sotto un certo livello e cioè quando si ha una incompleta saturazione di ossigeno nel sangue arterioso.

L'organismo reagisce a questa minore saturazione di ossigeno del sangue arterioso con un aumento della ventilazione polmonare. Ma la reazione alla anossiemia viene complicata da complessi disturbi della regolazione del centro respiratorio, tanto che l'adattamento è molto diverso se la diminuzione dell'ossigeno avviene in maniera rapida o lenta, ed è soggetto anche a fattori personali non indifferenti.

I sintomi dell'anossiemia sono fondamentalmente costituiti da: cefalea, variazioni del ritmo e della profondità del respiro, tendenza al sonno, vertigine, difficoltà nel mantenere desta l'attenzione, ottundimento sensoriale, senso di stanchezza e di indifferenza.

Ha grande importanza pratica per il volo ad alta quota uno dei fenomeni sintomatici caratteristici della anossiemia, e cioè che l'ottundimento dei sensi e dell'intelletto impedisce al pilota di percepire i disturbi, tanto che se la somministrazione di ossigeno deve essere iniziata dietro suo comando, egli attende non di rado che i sintomi si siano fortemente aggravati, e talora va incontro a disattenzioni e ad errori che possono riuscire di estrema gravità. I sintomi dell'anossiemia sono spesso paragonati a quelli dell'ubriachezza per la grande somiglianza di disturbi offerta dalle due condizioni. Alcuni individui divengono euforici, altri si eccitano, si perde la capacità di autocontrollo.

Uno scienziato di provata capacità, come può essere Haldane, mentre era rinchiuso a scopo di esperimento in una camera a depressione, impiegò molto tempo per capire che, volendo guardare il suo volto in uno specchio, si era rivolto al dorso anzichè alla superficie riflettente dello specchio stesso. La comprensione e la trasmissione di messaggi radiotelefonici diviene estremamente difficile per il pilota che respiri aria rarefatta ad alta quota.

I disturbi causati da anossiemia non sono soltanto acuti, ma acquistano un carattere di cronicità, quando, accoppiandosi l'anossiemia ai fattori emozionali, si giunge alla formazione di un vero stato morboso cronico, che è stato chiamato « aeronevrosi » e che sembra assai frequente nei piloti. I sintomi principali di questa condizione sono costituiti da irritabilità nervosa, instabilità emozionale, insonnia e disturbi gastrici.

***

Paul Bert, che, come abbiamo veduto, scoprì e descrisse per primo i disturbi causati da diminuzione della pressione barometrica, e li riferì alla deficiente pressione parziale di ossigeno, aveva anche osservato che l'insorgenza di tali disturbi è completamente evitata se si respira aria rarefatta, ma avente una pressione parziale di ossigeno normale.

L'anossiemia può dunque essere evitata nel pilota che voli ad alta quota, con due metodi. Il primo di questi consiste nel mantenere attorno a lui un'atmosfera a pressione normale, mediante l'uso di cabine stagne e di compressori. Questa soluzione, indubbiamente ideale è di realizzazione complessa ed estremamente costosa. Esso inoltre è di efficacia assai discutibile in apparecchi militari, quando si pensi alla grande vulnerabilità di un tale aeroplano, in cui il minimo colpo ricevuto nella cabina, porta all'annullamento immediato di tutto il sistema di aria compressa. Il pilota che si trovasse ad alta quota andrebbe incontro immediatamente a perdita di coscienza e la brusca depressione potrebbe provocare in lui la malattia dei cassoni.

La seconda soluzione, assai più semplice ed economica, e anche meno soggetta a cause di insuccesso, consiste nella somministrazione continua di ossigeno con un inalatore.

Boothby e Lovelace descrivono nel loro articolo un apparecchio atto a questo scopo, da essi stessi costruito in collaborazione con Balbulian e sperimentato ormai largamente con piena soddisfazione. Questo apparecchio (B. L. B.) consiste di una piccola maschera di gomma che copre il naso mentre lascia libera la bocca, di un serbatoio di ossigeno compresso e di un sacco impermeabile nel quale avviene il miscuglio dell'aria e dell'ossigeno, miscuglio che può essere in proporzioni va-

riabili e che viene respirato. L'apparecchio è completato da alcuni rubinetti, da un riduttore di pressione e da una valvola espiratoria. Il sistema è studiato in modo da permettere la massima utilizzazione di ossigeno, e da raggiungere percentuali di pressioni parziali di questo gas pienamente sufficienti anche in atmosfera assai rarefatta, quale si raggiunge nelle quote di volo più elevate. L'apparecchio è poco ingombrante, leggero, non incomoda affatto il pilota. È da notare che esso lascia libera la bocca, in modo da consentire l'uso del microfono. La semplice respirazione nasale infatti è normalmente sufficiente, e si richiede una maschera naso-orale soltanto in caso di ostruzione delle vie nasali.

Boothby e Lovelace riportano numerosi controlli eseguiti con la loro maschera, sia in camere a decompressione, che durante voli ad alta quota. In un volo tra Minneapolis e Los Angeles si raggiunse un' altezza intorno ai 10.000 metri e si potè mantenere una concentrazione normale di ossigeno e di anidride carbonica nell'aria alveolare con un consumo di 1,8 litri di ossigeno per minuto. Durante questo volo a grande altezza, uno degli aviatori potè eseguire una riparazione abbastanza complicata della radio di bordo, in pieno possesso e controllo delle sue facoltà fisiche e mentali, nonostante la grande rarefazione dell'aria ambiente. Anche Howard Hughes, il detentore del record del giro del mondo, ha eseguito di recente un volo transcontinentale ad alta quota facendo uso dell'apparecchio descritto dagli autori.

Non è chi non veda quali grandi servigi possa rendere una soluzione così semplice ed economica, quale quella trovata da Boothby e Lovelace, all'aeronautica moderna, orientata decisamente verso il volo ad alta quota.

PUDDU.

L'azione biologica del veleno di rospo.

(R. CORNILLEAU. *Presse Médic,*, 4 marzo 1939).

Le virtù terapeutiche del veleno di rospo sono note da molto tempo. Gli antichi adoperavano l'olio di rospo, ottenuto facendo bollire rospi nell'olio di oliva, contro le ulceri varicose. I cinesi da molti secoli adoperano la polvere di rospo sotto forma di pillole contro le affezioni polmonari, e sotto forma di pomata per la cura delle ulceri.

Il veleno di cui è imbevuto tutto l'organismo del rospo è elaborato da due specie di glandole: 1) *dorsali*, di cui le due più grandi, le parotidi, sono inserite ai due lati del collo, e secernono il veleno più potente; 2) *ventrali*.

Pisalix e Bertrand nel 1893 isolarono dal veleno di rospo due sostanze principali: la *bufotalina*, di natura resinoide, solubilissima nel cloroformio, nell'acetone, nell'acido acetico, meno nell'etere e pochissimo nell'acqua, e la *bufotenina* solubilissima nell'alcool e nell'acqua.

La bufotalina agisce sul cuore, la bufotenina sul sistema nervoso.

I rospi sono immunizzati contro il proprio veleno, che costituisce per l'animale un'arma difensiva e non offensiva. Il tossico passa nel sangue e assicura al rospo una resistenza, una vitalità ed una longevità straordinarie. È interessante il fatto che esso si alimenta di prede tossiche, insetti velenosi, aracnoidi e miriopidi. Vive in angoli oscuri e digiuna tutto l'inverno, di primavera sente il richiamo dell'acqua: passa nel mare, negli stagni e con un vigore sessuale poco comune, stringe la femmina per ore e ore sempre stando a digiuno. Dopo tre settimane circa esce dall'acqua e raggiunge i prati, i giardini, le stalle, e si annida, in un buco, sotto una pietra, nascosto tutto il giorno. Al cadere della sera esce dal suo nascondiglio e si mette a cacciare insetti di cui fa un consumo abbondante.

Non è raro che viva cinquanta ed anche cento anni. Resiste ai tagli, alle mutilazioni, alle scottature. Il segreto della potenza di questo animale sta nel suo veleno che gli conferisce l'immunità.

Il veleno del rospo ha una rara sinergia medicamentosa perchè agisce sul cuore, sul sistema nervoso, sulle glandule e sui vasi.

Sul cuore ha un'azione tonica pari a quella della digitale e dell'ouabaina, ma meno rapida. Ha però il vantaggio se adoperata a piccole dosi, di potere essere adoperata più a lungo sempre con la medesima efficacia e senza provocare disturbi. A tale scopo si adopera l'estratto acquoso del veleno totale.

Iniettando una soluzione di veleno al 1 % nella cava inferiore della rana si produce una diminuzione rapida del ritmo e dell'ampiezza delle contrazioni del cuore. La diastole diviene sempre meno completa e finalmente il cuore si arresta in sistole entro tredici minuti. Nel gatto si ha impicciolimento del polso, aritmia, fibrillazione ventricolare ed infine arresto del cuore. Nei topi dosi forti producono la morte immediata e dosi deboli talvolta ebbrezza e talvolta movimenti agitati vigorosi e rapidi.

Un cane che morde un rospo innanzi tutto lascia subito la presa per il bruciore prodotto dall'acidità del veleno, poi saliva abbondantemente, gira su se stesso ed entra in agitazione. È perciò che gli antichi dicevano che il rospo rende pazzi i cani.

L'aumento della salivazione è dovuto alla proprietà ipersecernente del veleno di rospo. Così una goccia a contatto della congiuntiva e delle glandole lagrimali aumenta la lagrimazione. Quest'azione è sfruttata terapeuticamente per eccitare la diuresi e la secrezione biliare. Questa proprietà è evidentemente in rapporto ad attività complesse del veleno del rospo sul

cuore e sul sistema nervoso: sul primo agirebbe la bufotalina, sul secondo la bufotenina.

Certo è che il veleno del rospo ha un'azione biologica polivalente, generale. Esso si mostra sempre efficace per sollevare lo stato generale sia nelle semplici anemie che nelle cachessie.

DR.

La terapia inalatoria dell'asma bronchiale.

(J. B. GRAESER. *Journal Americ. Medic. Assoc.*, 1° aprile 1939).

I primi tentativi di applicazione diretta di epinefrina sulla mucosa bronchiale per la cura dell'accesso di asma rimontano al 1910. Quantunque i risultati ottenuti non fossero disprezzabili il metodo non ebbe larga applicazione. Le prove furono riprese molto più tardi e solo nel 1935 si potette assodare che le inalazioni di epinefrina sono effettivamente vantaggiose purchè si adoperino soluzioni del farmaco più concentrate di quelle usate precedentemente.

La soluzione di epinefrina che risulta più efficace è quella all'uno per cento. Soluzioni più deboli non sempre riescono curative, quelle più forti provocano fenomeni tossici (cefalea, tremori, palpitazioni) senza dare più apprezzabile miglioramento dei sintomi asmatici in atto. L'aggiunta di estratto d'ipofisi posteriore o la sostituzione dell'epinefrina con cocaina, neosinefrina o solfato di efedrina non dà risultati migliori.

Per ottenere un effetto locale sulle mucose ed un effetto generale terapeutico occorre che l'inalazione sia fatta in modo da produrre una certa concentrazione del farmaco sulla mucosa. Ciò dipende da tre fattori: densità del vapore nell'ambiente inalato, quantità del vapore effettivamente depositato sulla mucosa bronchiale, potere assorbente della mucosa stessa.

Per ottenere una sufficiente densità del vapore occorre un adatto atomizzatore, che divide il liquido in particelle minutissime, imponderabili, tali da seguire la corrente dell'aria nelle vie bronchiali.

Per garantire una sufficiente quantità di medicamento occorre che la soluzione abbia una sufficiente concentrazione, tenuto conto che essa viene diluita a contatto con il secreto bronchiale.

La capacità di assorbimento della mucosa è in rapporto alla sua congestione, alla quantità di muco da cui è ricoperta ed eventualmente alle sue condizioni di atrofia.

Le esperienze finora fatte dimostrano che i maggiori vantaggi si hanno nelle forme di medie intensità o non troppo gravi. Durante il parossismo l'efficacia della cura è limitata dal fatto che i vapori non possono penetrare profondamente nell'albero respiratorio.

Gli insuccessi dipendono per lo più dall'atomizzatore non adatto e dal suo cattivo uso.

La cura in genere non dà inconvenienti. Alcuni pazienti lamentano irritazione tracheale e bronchiale, secchezza della faccia. Altri subito dopo l'inalazione hanno tosse con espettorazione. Più spesso si ha cefalea.

DR.

Tiroidectomia totale nelle malattie del cuore e dei vasi.

(N. v. JAGIC e O. ZIMMERMANN-MEINZINGEN. *Münch. Mediz. Wochenscr.* nn. 6 e 7, 1939).

L'estirpazione della tiroide può riuscire utile in alcune malattie del cuore e dei vasi per i rapporti che intercedono tra questa glandola e la psiche e tra la glandola e il sistema nervoso vegetativo. Gli ammalati del sistema circolatorio presentano molto spesso alterazioni psichiche, soprattutto nel senso di una ipereccitabilità: la tiroide anche normale, ma soprattutto in stato di funzionamento patologico, esercita una notevolissima influenza sulla reattività psichica; perciò la sua estirpazione rende i malati più tranquilli e dà loro una sensazione soggettiva netta di miglioramento. Inoltre gli ormoni tiroidei sono degli energici stimolanti per il sistema nervoso-vegetativo, sia per azione diretta sullo stesso, che per azione indiretta attraverso altre glandole endocrine (soprattutto i surreni). La mancanza di questi ormoni stimolanti ha effetti sedativi sulla reattività dei nervi vegetativi del sistema vasale.

La estirpazione della tiroide giova quindi in tutti quegli stati patologici dell'apparato circolatorio in cui predominano fenomeni vegetativi di natura riflessa, mentre non può influire sugli stati organici di scompenso cardiaco. Questo viene dimostrato chiaramente dalla casistica degli AA., che in base ad essa raccomandano la tireoidectomia solo in un determinato gruppo di ammalati, in quelli cioè in cui esiste una ipereccitabilità del sistema nervoso vegetativo con fenomeni spastici a carico dei vasi (angina pectoris, claudicazione intermittente). Utili risultati può dare la tiroidectomia anche negli ammalati del sistema cardiovascolare che presentano segni anche lievi di tireotossicosi. L'angina pectoris divenuta refrattaria alle cure mediche, talvolta guarisce del tutto dopo la tiroidectomia; altre volte persiste, equivalente dell'accesso ma psichicamente molto più innocuo, un dolore cupo precordiale; quest'ultima è però una evenienza più rara dopo tiroidectomia che dopo la egualmente utile simpatectomia. La estirpazione della tiroide può attuarsi anche se esistono gravi alterazioni organiche delle coronarie, sclerosi o anche stenosi: in due casi di tal genere gli AA. ottennero la cessazione completa dei disturbi, che ormai si protrae per un periodo di osservazione di 18 mesi. Anche in due casi di claudicazione intermittente si ottennero notevoli risultati, benchè esistessero gravi alterazioni sclerotiche dei vasi. In tutti questi stati morbosi la tiroidectomia sarà subtotale, perchè

i risultati sono gli stessi: questo evita il mixedema e i pericoli della tetania, i pezzetti di parenchima da lasciare in sito devono essere però piccoli. Sui fenomeni di scompenso cardiaco che accompagnano le dette malattie la tiroidectomia non agisce affatto. L'intervento praticato dagli AA. in 11 casi di vizi cardiaci scompensati non ha dato alcun netto risultato: il senso soggettivo di benessere consecutivo alla operazione era di breve durata e il compenso era transitorio e subordinato al riposo e alla farmacoterapia. In nessun caso il compenso è durato per più di 6 mesi, nella maggior parte dei casi molto meno (p. es. solo 3 settimane in 2 casi, mentre 3 pazienti morirono per scompenso entro i primi 6 mesi dopo l'operazione). P.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Prof. GIUSEPPE CALLIGARIS. *Malattie infettive.* Istituto delle edizioni accademiche. Udine, 1938, vol. di pag. 579. Prezzo L. 50.

Recensire questa nuova imponente opera del valoroso e geniale collega Calligaris sulle malattie infettive, studiate con il suo originalissimo sistema delle « Catene del corpo e dello spirito » applicato alla diagnostica, è compito tutt'altro che facile e quanto mai complesso e complicato. Per quanto si possa o si voglia essere studiosi nelle forme più indipendenti, più obbiettive, più eclettiche, ci sentiamo trepidanti nel dare un giudizio su concezioni e formule così nuove, che partono da una metodica fisica per quindi passare nel campo della metafisica, o di una particolare visione di trascendenza fisica. Tanto più è giustificato questo stato d'animo qualora si consideri che l'A. stesso dichiara con ammirevole sincerità, sincerità che è sinonimo di onestà scientifica, che le sue ricerche vanno ritenute incomplete, e che in parte potranno anche essere inesatte ed errate (v. pag. 537).

L'intero libro, comunque se ne voglia intendere e apprezzare il contenuto, suscita nel lettore un interesse tutto speciale, che aumenta con il progredire della sua lettura, ma vi è una parte per cui si entra in pieno nel meraviglioso, per non dire fantastico nel senso più psicologico della parola. L'A. ci fa vedere su disegni e tavole i vari agenti patogeni, noti ed « ignoti », di malattie infettive, non quali ce li prospettano le lenti del microscopio, ma le sole facoltà del nostro cervello, che rendono il normale fenomeno supernormale, « trascendentale, inconcepibile e inspiegabile », come dice testualmente l'A. costituendosi una visione « eteroscopica supernormale ». Su ciò si basa tutto il metodo, novissimo e originalissimo, che associa nei riguardi dei microbi l'ingrandimento normale del microscopio comune — macropsia fisica — con la « macropsia psichica dell'ultraveggenza ». Nella tecnica del metodo, il punto di partenza è la sensibilizzazione di una determinata « placca cutanea » a sede prefissa e a reazioni radiestesiche, dell'osservatore al microscopio, come lo è, nella finalità di una diagnosi precocissima delle malattie infettive, sull'individuo stesso che ne è sofferente.

Nel voluminoso libro si parla anche della malattia da « depositi » e di molte altre originali immagini a contenuto fisiologico e patologico con finalità diagnostica; ma per avere una idea abbastanza chiara di tutto ciò bisogna leggerlo e molto attentamente. E noi, che molta stima abbiamo del Calligaris, ci auguriamo che l'attenta e spessionata lettura della sua opera possa ingenerare un convincimento, e comunque un sentimento di attesa fiduciosa.

GIULIO MÒGLIE.

Fed. Ital. Naz. Fasc. per la lotta contro la tubercolosi. Sezione pugliese. Conferenze tenute nell'anno 1937-38. Un vol. in-8° di 164 pagine. F.lli D'Ecclesia. Bari, L. 25.

La Sezione pugliese della F.I.N.F. per la lotta contro la tubercolosi, di cui è presidente il prof. L. Ferrannini, continua la buona iniziativa di riunire in un volume le conferenze tenute nell'anno. Dimostrazione dell'attività della Sezione e buon contributo portato allo studio dei tanti problemi che sorgono nel campo della tubercolosi.

Le sette conferenze qui riunite riguardano: Il lattante e la diagnosi precoce di tub. (F. De Nicolò); La case popolari nella lotta antitub. (G. Sangiorgi); Collassoterapia e cura insulinica nei tub. diabetici (R. Capo); La cistite tub. (G. Nisio); Rilievi biometrici nei predisposti alla tub. (D. Il Pastore); La via dentaria nell'infezione tub. (G. Armenio); Le infiltrazioni perifocali nell'infanzia (G. Acquafredda).

La pubblicazione è stata curata dal prof. L. Quaranta, che è delegato regionale della sezione. *fil.*

E. BERNARD. *Tuberculose et médecine sociale.* Un vol. in-8° di 160 pagg. con 4 figg. Masson et C.ie, Paris, 1938. Prezzo, fr. 36.

La tubercolosi è la malattia sociale per eccellenza, per cui soltanto con l'inquadramento della lotta si può sperare di arrivare a dei buoni risultati profilattici ed anche terapeutici. Considerata sotto questo punto di vista, si ha una più larga visione dei problemi, cosa assai utile anche per il medico pratico, di cui la collaborazione è di grande importanza specialmente per la diagnosi ed il trattamento precoci.

L'A., esaminando i rapporti fra tubercolosi e medicina sociale, prospetta le varie questioni che si presentano in questo campo, in modo persuasivo ed esauriente, esponendole con chiarezza e precisione e dimostrando come la medicina sociale, col suo sviluppo, può fare usufruire tutte le collettività dei benefici dell'assistenza e dei progressi della scienza.

L'A. esamina, volta a volta, la lotta antitubercolare, la profilassi nelle collettività infantili e fra gli studenti. Capitolo nuovo ed originale è quello riguardante la convalescenza dell'infezione primaria, quale ci può essere denunciata dal semplice viraggio della cutireazione, condizioni che merita tutte le cure se si vogliono evitare danni tardivi.

Il collocamento dei tubercolosi nelle stazioni di cura, il riadattamento al lavoro, l'aspetto medico e sociale delle forme gravi, la tubercolosi nell'esercito ed in guerra, il morale dei tubercolosi, sono i titoli di altri capitoli di questo libro intressante, che si conchiude con una visione sul destino della tubercolosi, legato a quello della civilizzazione. *fil.*

SIMONNET et ROBECY. *Le corps jaune*. Ed. Masson, 1939, p. 172, fig. 79. Fr. 50.

È una ottima messa a punto delle nostre cognizioni sulla fisiologia del c. luteo nelle donne e in varie specie animali: vi sono raccolti dalla letteratura mondiale (meno curata quella italiana!) una quantità di fatti, di rilievi, di esperimenti, e i risultati dei vari AA. sono esposti con una sana critica. La abituale scioltezza e la simpatica maniera di esposizione proprie a questi testi francesi rendono la lettura facile e utile. Le figure non sono molte, ma bene scelte. P. G.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medica del Friuli.

Sezione Culturale del Sindacato Fascista dei Medici.

Seduta del 22 febbraio 1939-XVII.

Presiede il prof. A. VARISCO.

Sui trapianti cutanei tubulari.

Prof. G. PIERI. — L'O. ha adottato questo processo di plastica proposto da Gillies, e che consiste nel circoscrivere con due incisioni parallele il segmento cutaneo destinato al trapianto, affrontandone poi con una sutura i margini (ne risulta una sorta di manico tubulare); in secondo tempo si seziona il lembo a una delle sue estremità, che si utilizza per colmare la perdita di sostanza; in terzo tempo si seziona l'altra estremità e si asporta la parte di pelle sovrabbondante.

Questo tipo di trapianto cutaneo presenta il vantaggio di poter essere utilizzato per colmare le perdite di sostanze anche a grande distanza dal punto di prelevazione (il che lo rende prezioso, per. es., nelle plastiche della faccia), e quello di provvedere lembi cutanei abbondanti e suddivisibili in lembi secondari a causa di una notevole autonomia circolatoria.

L'O. illustra alcuni casi nei quali dalla applicazione di tale processo ottenne felici risultati, non raggiungibili con gli altri metodi di plastica cutanea comunemente in uso.

Le modificazioni anatomiche dell'encefalo nei tumori endocranici.

Dr. C. AMBROSETTO. — L'O. premesso che intorno al capitolo dei tumori cerebrali lo sviluppo sempre crescente della neuro-chirurgia ha portato negli ultimi anni contributi notevolissimi, illustra, anche nei riflessi clinici, le modificazioni anatomiche che accompagnano l'evoluzione del processo morboso.

Servendosi del materiale studiato nella Clinica neuro-chirurgica di Berlino, rileva principalmente l'importanza degli spazi liquorali interni ed esterni e dei sepimenti durali (falce, tentorio) nei loro rapporti con le ernie od incuneamenti cerebrali da un lato, con il rigonfiamento cerebrale dall'altro, che contribuiscono a dare una fisionomia particolare al processo morboso, mettendone in rilievo l'alta importanza dottrinale e pratica.

Pur tenendo presenti la complessità e le numerose incognite che sono tuttora legate a questo studio, l'O. pensa che su questa guida possa rendersi possibile una interpretazione dinamica dell'interessante argomento.

Interloquisce il prof. A. VARISCO.

Frenicoexeresi e pneumoperitoneo associati nella collassoterapia della tubercolosi polmonare.

Dott. A. ARRIGHINI. — L'O. ha sperimentato, nel Reparto Medico diretto dal prof. Gherardini, nell'Ospedale Civile di Udine, l'associazione della frenicoexeresi e pneumoperitoneo nella cura della tbc. polmonare.

I casi trattati furono venti ed i risultati furono veramente soddisfacenti in rapporto, specialmente, alla gravità delle lesioni.

Viene dimostrata l'utilità di rifornire di gas gli ammalati ogni otto, dieci giorni e di mantenere una pressione molto alta (+ 13 + 15), nel cavo peritoneale.

Gli inconvenienti e le difficoltà tecniche di questo trattamento si sono dimostrati trascurabili, trattamento che deve avere la sua precisa indicazione in tutte le lesioni basilari gravi, anche cavitarie, ove il Pnx s'è mostrato inefficiente o non si è potuto praticare.

Interloquisce il prof. A. VARISCO.

Su di un caso di decorso anomalo dell'uretere.

Dott. B. DALL'ACQUA. — L'O. ha osservato un caso di decorso anomalo dell'uretere non mai descritto prima d'ora. Operando una ragazza affetta da tubercolosi renale è stato osservato che l'uretere, anzichè occupare la sede normale, si trovava del tutto superficialmente in mezzo al grasso perirenale, decorreva lungo la superficie convessa del rene, passava al di sotto di esso e sboccava poi nella pelvi la quale si trovava nella superficie posteriore del rene fra il terzo mediale e i due terzi laterali.

Il Segretario: Dott. G. MINCIOTTI.

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 27 aprile 1939-XVII

Presidente: prof. L. DOMINICI.

La idrocloremia nella occlusione intestinale acuta sperimentale in relazione al comportamento dei surreni.

TARANTINO A. M. — L'O. dopo aver messo in evidenza come fin ora non sia stata data una conclusione inconfutabile alle varie ricerche tendenti a dimostrare la causa della idrocloropenia del sangue degli organismi affetti da occlusione intestinale, ricollega questa diminuzione di acqua e di cloro a causa di origine organica.

A tal proposito rivela quanta influenza abbiano le capsule surrenali nel ricambio idroclorurato in generale, ed espone le ricerche sperimentali da lui istituite per ricercare, nella funzione dei surreni, una influenza sul ricambio idroclorurato dei soggetti di portatori di occlusione intestinale.

L'O. ha trovato che mentre negli animali di controllo cui aveva praticata l'interruzione del duodeno una effettiva idrocloropenia del sangue, nei soggetti sottoposti, prima dell'intervento, a trattamento con piccole dosi di estratti surrenali o con innesti di questi organi, l'idrocloropenia era di grado tanto lieve da poterla considerare rientrante nelle variazioni fisiologiche.

Da questi risultati e dalle considerazioni che egli ne deduce, l'O. afferma l'ipotesi che nella occlusione intestinale le alterazioni delle attività delle capsule surrenali; interessate dagli effetti della occlusione stessa, possano costituire verosimilmente la causa della perdita dal sangue di acqua e cloro.

Sulla interpretazione patogenetica degli ascessi freddi della parete toracica.

FINOCCHIARO R. — Dallo studio clinico, radiologico ed operatorio di 8 casi di ascessi freddi della parete toracica, osservati e curati negli ultimi 4 anni nella Clinica Chirurgica di Napoli, l'O. trae delle deduzioni tendenti a mettere in rilievo l'importanza della coesistenza di lesioni pleuriche o polmonari con la lesione della parete toracica.

Dalla discussione delle teorie patogenetiche emesse dai vari AA. e dalla disamina dei vari indirizzi terapeutici trae il criterio per indicare i metodi più adatti a conseguire i migliori risultati curativi.

La iperazotemia nelle grandi emorragie gastrointestinali.

CHIARIELLO A. G. — Dalla prima osservazione del Sucic nel 1935 diversi altri autori hanno constatato una notevole iperazotomia in individui in preda a grandi emorragie gastrointestinali. Molto dubbia è l'interpretazione patogenetica, sebbene la maggioranza degli autori concordi nel ritenere che tale iperazotemia sia dovuta all'assorbimento di forti quantitativi di proteine, provenienti dal sangue raccolto nel tubo intestinale. Allo scopo di chiarire tale patogenesi, l'O. dopo aver confermato tale iperazotomia in due casi clinici capitati alla sua osservazione, ha condotto tre serie di esperienze.

Con la prima salassando abbondantemente dei cani ha riscontrato che il semplice salasso aumenta, se non in maniera molto scarsa, il tasso ardenico; con la seconda, iniettando il sangue, sottratto al salasso, nel lume del duodeno, precedentemente suturato alla cute, ha riscontrato che si aveva sempre un forte aumento del tasso dell'urea. Con la terza serie di esperienze, in cui si iniettava ugualmente il sangue nel duodeno, ma questo proveniva dal salasso di un altro cane, si è ottenuto ugualmente la forte iperazotomia. Le suddette esperienze confermano pertanto che tale elevazione del tasso azotemico, è dovuta alla grande quantità di sangue raccolto nel tubo gastro-intestinale.

Considerazioni sulla prova di Gordon nel linfogranuloma maligno.

GILIBERTI P. — L'inoculazione di una sospensione in brodo di linfoghiandola affetta da linfogranuloma maligno, endocerebralmente a conigli è stata seguita, nei casi di morbo di Hodgkin presi in considerazione dall'O., da una meninge encefalite in tutto simile a quella descritta dal Gordon; l'inoculazione per la stessa via di sospensione di linfoghiandole affette da altre affezioni non ha dato questa sintomatologia. Anche filtrando la poltiglia di linfoghiandola affetta da linfogranuloma attraverso candela di Berkefeld N. il potere patogeno del coniglio non viene perduto. Così pure il filtrato di linfoghiandola linfogranulomatosa si mostra resistente alla irradiazione per 48 ore con 5 mgr. di radium. Discutendo i dati ottenuti l'O. ammette, che, mentre la prova di Gordon può essere utile dal punto di vista diagnostico, essa non porta elementi atti a chiarire l'etiologia del linfogranuloma maligno.

Il Segretario: prof. L. IMPERATI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Lo studio endoscopico del vuotamento vescicale.

L. Caporale (*Archivio Italiano di Urologia*, ottobre 1938) che si interessa in modo speciale del « problema urologico nella donna » prospetta l'importanza dello « studio endoscopico del vuotamento vescicale » quale complemento della cistoscopia, tenendo conto degli intimi rapporti fra organi genitali ed estremità inferiori degli ureteri; studio che permette di diagnosticare con esattezza sindromi difficili a valutare con i soli dati anamnestici ed obbiettivi.

L'A. adopera l'uretrocistoscopio di Mc Carthy: dopo aver riempito la vescica egli apre il rubinetto di deflusso ed osserva le variazioni di volume, di forma, di superficie della vescica e del trigono, e lo spostamento degli orifici ureterali. Dopo aver studiato le modalità dello svuotamento in soggetti normali, con speciale riguardo allo spostamento degli orifici ureterali per cause fisiologiche e per cause patologiche, l'A. si intrattiene in dati, che lo studio endoscopico dello svuotamento vescicale ci può dare in alcune sindromi uroginecologiche cioè: nelle aderenze post-laparatomiche tra vescica e organi vicini, determinanti disurie per cause estrinseche della vescica non spiegabili in base ai comuni esami obiettivi; nelle aderenze fra utero infiammato e vescica, in cui il solo sintomo, ricavabile coi comuni esami obiettivi, è uno scarso residuo; nei fibromiomi dell'utero.

Infine l'A. rileva l'importanza del suo studio nei carcinomi dell'utero, ove riesce a ricavare dati utilissimi oltre che « dal punto di vista diagnostico, cioè per stabilire la presenza di aderenze vescico-uterine, di infiltrazioni perivescicali o di invasione dei parametri, anche dal punto di vista di indicazione terapeutica (sia esso intervento chirurgico o trattamento roentgen o radiumterapico), ed infine del punto di vista prognostico, sia immediato dell'operazione, che in rapporto ai suoi esiti lontani ». A. BONANOME.

La pielonefrite e il suo trattamento.

Poichè la pielonefrite è solitamente secondaria alla infezione della porzione inferiore del tratto urinario il trattamento terapeutico deve essere particolarmente rivolto verso quest'ultimo onde evitare le recidive. Secondo W. Braasch (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, febbr. 1939) una profonda conoscenza della batteriologia urinaria è essenziale onde potere praticare un opportuno trattamento delle infezioni urinarie, poichè alcuni batteri risentono maggiormente dell'azione di certi medicamenti che altri. Ripetuti esami culturali devono essere eseguiti susseguentemente onde accertarsi di un reale miglioramento. Gli ultimi ritrovati della chemioterapia sono rappresentati da due medicamenti i quali possono portare veramente a risultati miracolosi: la sulfanilamide e l'acido mandelico, i quali dovrebbero soppiantare a parere dell'A. in molti casi l'uso di tutti i medicamenti precedentemente usati.

I composti di sulfanilamide dovrebbero essere usati più frequentemente come mezzo profilattico delle infezioni che si stabiliscono per ritenzione post-operatoria di urine.

L'azione battericida di questo medicamento, usato in piccole dosi, può essere sfruttato con vantaggio in questi ed anche in altri numerosi casi di infezione delle vie urinarie.

Mediante l'uso di questi medicamenti forniti dalla moderna chemioterapia ed anche per opera dei vaccini, si potrà riuscire a limitare le infezioni pielonefritiche allo stato di acute e subacute: le pielonefriti croniche e le loro complicazioni si dovranno osservare solo eccezionalmente. TOSATTI.

Uso del sulfamide nelle infezioni urinarie da colibacillo.

Glesser e Lippens (*La Presse Médicale*, 24 gennaio 1939) che riportano i risultati ottenuti in 38 casi di infezioni acute o croniche delle vie urinarie da colibacillo e curati con il paramino fenilsulfamide, sono dell'opinione che il sulfamide è un medicamento estremamente efficace in tali infezioni. Il trattamento con dosi piccole è sufficiente ed è facilitato dal fatto che non è necessario modificare la reazione dell'urina: però l'efficacità sembra essere aumentata in un mezzo leggermente alcalino, per cui gli AA. consigliano di dare con ogni dose un mezzo grammo di bicarbonato di sodio e di non fare bere troppo all'ammalato, altrimenti diminuisce troppo la concentrazione del medicamento nell'urina. Gli AA. consigliano inoltre di controllare il sangue in questi malati per cogliere l'inizio di una granulocitopessia o di un'anemia emolitica, che talvolta insorgono dopo la somministrazione di medicamenti di tale specie e che possono essere fatali. F. JADEVAIA.

Nuovi orientamenti patogenetici e terapeutici nella «cosidetta» ipertrofia prostatica.

L'etiopatogenesi e la anatomia patologica dell'ipertrofia prostatica non sono ancora ben definite, ma ormai va affermandosi la teoria endocrina sullo sviluppo di tale affezione morbosa. In rapporto a questa teoria sono stati introdotti gli ormoni testicolari nella terapia dell'ipertrofia prostatica, sfruttando anche la scoperta della produzione sintetica dell'ormone isolato dai testicoli (testosterone).

Anche A. Bergamini (*Riforma medica*, 4

marzo 1939) ha trattato con estratti totali di testicolo o con propionato di testosterone 7 casi riguardanti soggetti affetti da disturbi imputabili ad ipertrofia prostatica.

A conclusione della sua personale esperienza e di quella di altri Autori che si sono occupati dell'argomento, l'A. afferma anzitutto la grande verosimiglianza della teoria endocrina, nel senso di un disquilibrio ormonale per deficit dell'ormone sessuale maschile, per spiegare l'ipertrofia prostatica.

Inoltre osserva che mentre i tentativi di influenzare il decorso dell'ipertrofia prostatica mediante interventi chirurgici diretti ad esaltare l'attività endocrina testicolare (trapianto di testicolo, interruzione delle vie spermatiche) danno risultati poco soddisfacenti e mentre scarsi risultati dà la somministrazione di ormoni femminili, la somministrazione invece di ormoni maschili influenza favorevolmente il decorso dell'ipertrofia prostatica specialmente nelle forme iniziali, ma anche in quelle con ritenzione parziale e nelle ritenzioni acute. Poco invece si può sperare nelle ritenzioni croniche complete. Tale terapia è innocua ed influenza favorevolmente le condizioni generali del paziente: essa però non provoca diminuzione di volume dell'adenoma prostatico. Il miglioramento della funzionalità vescicale è quindi in dipendenza di altri fattori e con ogni probabilità è dovuta a miglioramento della contrattilità vescicale ed al rilasciamento dello sfintere liscio periuretrale. Perciò la terapia ormonica non è una terapia radicale poichè non modifica il volume della massa ostruente e non può sostituire la terapia chirurgica demolitiva. F. TOSTI.

L'uremia nella ipertrofia prostatica. L'acidosi nefrogena.

In conseguenza della stasi urinaria l'apparato glomerulare perde la sua capacità di concentrazione e da ciò ne deriva un aumento della eliminazione idrica. Tale aumento può tuttavia non essere più sufficiente a mantenere la completa eliminazione dei materiali catabolici che perciò si accumulano nel sangue. Da ciò la necessità di una generosa somministrazione di liquidi in questi pazienti, con la quale si può giungere molte volte a mantenere un equilibrio idrico a cui però si oppone, come dimostrano Retlw Abrahamsen H. e Aalkjaer V. (*Z. Urol. Chir.*, vol. 32, 1938) in ricerche sistematiche, un frequente stato di acidosi. Il rene alterato diviene incapace di formare sufficientemente ammoniaca e gli acidi che ne derivano vengono perciò neutralizzati a spese degli alcali dell'organismo con conseguente diminuzione della riserva alcalina.

In tali casi, che richiedono ricerche particolari sui valori della riserva alcalina, l'A. consiglia la somministrazione generosa (1 litro pro die) per via endovenosa di una soluzione isotonica di bicarbonato di sodio.

In 123 pazienti l'A. ha riscontrato che un terzo circa di essi presentava una acidosi nefrogena e le direttive operatorie furono chiaramente facilitate dalla terapia descritta.

MONTANARI.

Il testosterone nel trattamento della ipertrofia prostatica.

Strohm, Guy, Edelson e Morryman (*Urologic Rev.*, vol. 42°, 1938) che hanno esperimentato l'impiego dell'ormone testicolare sintetico in un buo numero di pazienti affetti da ipertrofia prostatica; espongono i soddisfacenti risultati ottenuti.

Regolarmente essi avrebbero riscontrato una diminuzione del volume della ghiandola prostatica ed in un buon numero di casi una guarigione definitiva: alcuni pazienti dovettero però essere egualmente sottoposti ad intervento operativo. MONTANARI.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

Il comportamento della reazione di Casoni dopo una o più intradermoreazioni.

E. Sergent, M. Fourestier e E. Jimenez Galliano (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 7 febbraio 1939) confermano la grandissima importanza della reazione di Casoni nella diagnosi di cisti di echinococco ma mettono in guardia da errori che possono occorrere in seguito a due fatti. Da una parte l'uso di liquido cistico misto a formolo o a qualche altro antisettico, dall'altra la positività di reazioni del Casoni dopo che una o più intradermoreazioni fatte nello stesso malato erano risultate negative.

L'aggiunta di antisettici al liquido cistico che si usa per l'intradermoreazione può determinare positività della reazione di Casoni anche quando non si tratti di cisti di echinococco: ciò non si verifica invece se si adopera il liquido cistico puro.

Il ripetere più volte l'intradermoreazione può portare a risultati positivi anche quando effettivamente cisti di echinococco non vi sia: ciò si avrebbe per una sensibilizzazione che pare rientri nel quadro delle sensibilizzazioni tissulari e locali.

Come conclusione si può affermare che una intradermoreazione di Casoni fatta con liquido cistico *puro* (senza aggiunta di antisettici) dimostra con la sua positività alla prima prova l'esistenza di una cisti idatica; la positività invece in prove successive (quando la prima sia stata negativa) può indicare soltanto l'acquisizione di una sensibilità locale al liquido cistico e non già la presenza sicura di cisti idatiche. F. TOSTI

LABORATORIO

Su di una nuova tecnica sul dosaggio della mucina gastrica.

F. Vannucci e G. Corchia (*Diagnostica e tecnica di Laboratorio*, gennaio 1939) espon-

gono la loro tecnica personale per il dosaggio della mucina gastrica. Essi mettono in rilievo le doti di praticità in quanto il metodo richiede poche e semplici manualità ed inoltre la semplicità e la esattezza del metodo, che è stata controllata con altre ricerche assai più indaginose.

Si tratta di una titolazione del glucosio ottenuto con idrolisi cloridrica della mucina; per la titolazione del potere riducente è stato adoperato dagli AA. il metodo Folin e Wu. La semplicità inoltre è data anche dal fatto di un impiego di pochi reagenti eliminando sopratutto l'alcool assoluto come è richiesto per altri metodi. M. PARRA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Nuovi dati sperimentali sul virus del linfogranuloma inguinale.

Schoen R. (*Ann. Inst. Past.*, marzo 1939) riporta osservazioni, d'ordine prevalentemente morfologico, sullo sviluppo, del virus della linfogranulomatosi inguinale nei tessuti del topolino e della cavia.

Già nel 1935 Miyagawa e collaboratori avevano messo in evidenza nei tessuti infetti dal virus, la presenza di piccoli corpuscoli granulari ben definiti, alcuni inclusi negli istiociti, ed altri extracellulari, aggruppati in ammassi o disposti in varia forma: gli AA. giapponesi considerano queste formazioni come l'espressione morfologica, specifica della malattía di Nicolas-Favre.

Le ricerche di controllo eseguite da numerosi AA. diedero luogo a risultati non concordanti, in parte di conferma, in parte negativi. Nelle presenti esperienze la collaboratrice di Levaditi precisa le condizioni più favorevoli nelle quali la dimostrazione dei corpuscoli di Miyagawa riesce facile e costante.

Prendendo in esame diversi materiali virulenti, e precisamente il tessuto nervoso centrale di topolini bianchi inoculati per via endocerebrale, il tessuto tumorale di sarcomi di Ehrlich trapiantati nel topolino e direttamente iniettati, i noduli infiammatori sottocutanei nella cavia, l'A. potè constatare in essi la regolare presenza dei corpuscoli granulari di Miyagawa solo durante i primi giorni che seguono all'inoculazione. Nelle fasi ulteriori, parallelamente allo sviluppo dell'infezione, si osservano costantemente delle alterazioni morfologiche di questi corpuscoli, che portano alla loro progressiva scomparsa, e quindi a una sempre più difficile loro dimostrabilità nei preparati istologici, nonostante che i tessuti continuino ad essere manifestamente infettanti.

Queste osservazioni rendono ragione della difficoltà incontrata da alcuni AA. nei tentativi di dimostrazione dei corpuscoli di Miyagawa; e nello stesso tempo riaprono la discussione di quale significato debba essere a tali corpuscoli attribuito, dato che la loro presenza od assenza non va di pari passo con la presenza od assenza del virus nei tessuti, piuttosto coincidendo solo con una fase dello sviluppo dell'infezione sostenuta dal virus. F. MAGRASSI.

VARIA

Alterazioni dell'udito musicale.

A. Petterino-Patriarca (*Il Valsalva*, febbraio 1939) riferisce il caso interessante di una giovane musicista, la quale dopo che un giorno nel soffiarsi il naso aveva risentito un acutissimo dolore all'orecchio sinistro, avvertì in seguito dei disturbi nell'audizione dei suoni. La voce parlata ed i rumori non provocavano nessuna sensazione paracusica, che era data invece dai suoni puri. All'esame sul pianoforte, la percezione è normale per le due prime ottave dal basso. Col terzo *la*, la paziente percepisce una differenza di tono superiore di mezzo tono, dal lato ammalato in confronto del sano, sicchè il *la* naturale viene percepito come *diesis*. Accusa, poi, all'orecchio sinistro una percezione dei suoni triplicata, anche assordando l'orecchio sano; il *re* viene percepito *contemporaneamente* come naturale, diesis e bemolle, tripartizione che è più accentuata per i toni medi; essa si inizia al terzo *la*, è massima al quinto, va diminuendo al sesto ed è nulla al settimo. All'esame col diapason, il *do* 512 è quello in cui la tripartizione è più manifesta. La percezione ossea è normale. In seguito a cure nasali ed a cataplasmi caldi, il fenomeno è scomparso in pochi giorni.

Fra le varie paracusie, quella duplicata è la più frequente: essa consiste nello sdoppiamento subbiettivo di un suono, sia rispetto al tempo (diplacusia ecnotica), sia all'altezza (D. tonale): quest'ultima può essere tonale (intervallo di ottava, di quinta, ecc.) o disarmonica (semitono, che sarebbe l'intervallo più frequentemente osservato). È ovvio che la relativa rarità con cui si osserva il fenomeno, in confronto della grande frequenza delle affezioni auricolari va riferita al fatto che per percepirlo occorre una educazione musicale, il che spiega che i pazienti che hanno avvertito tale disturbo fossero tutti musicisti. In generale esistevano, nei casi della letteratura, delle alterazioni dell'orecchio a carattere infiammatorio. Nel caso dell'A. si trattava di un'affezione del tutto benigna, senza fatti obbiettivi di rilievo, salvo una piccola bolla, forse di enfisema, provocata dall'immissione violenta e subitanea di aria nella cassa durante l'atto di soffiarsi il naso.

Singolare è, poi, nel caso dell'A. la concomitanza di una paracusia monoaurale triplicata, con una pure disarmonica biaurale duplicata. L'A. ritiene che la localizzazione non sia solo causale, ma anche patogenetica della lesione debba farsi nell'orecchio medio.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Esame periodico della salute come mezzo di investigazione clinica.

È il titolo di una conferenza di R. Fitz (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 25 marzo 1939) tenuta all'Accademia Medica di Toronto.

Il primo che ha parlato di controllo periodico della salute in America è stato Leumel Shattuck di Boston, maestro di scuola, il quale, nel 1850 vi insisteva mettendo in rilievo che troppo ci si preoccupasse della salute pubblica ma poco di quella individuale. Egli dava consigli d'igiene individuale tendenti a preservare la salute e rinforzare l'organismo (pulizia personale, esercizi fisici, lavoro mentale, riposo). Colle visite periodiche egli pensava di poter ridurre anche il numero dei malati di malattie infettive (tifo, colera, ecc.) e sporadiche.

Queste idee furono successivamente propugnate dal Dobell in Inghilterra e, nel 1900, dal Gould in America.

Nel 1913 in America fecero propaganda in questo senso alcuni uomini di affari e nel 1922 l'*American Medical Association* nominò una commissione di medici perchè preparasse un programma da attuare. Mentre i singoli individui si convensero facilmente dell'abilità delle visite periodiche, i medici rimasero molto scettici al riguardo.

Il metodo delle visite periodiche non è difficile: esso comprende una storia accurata dell'individuo raccolta metodicamente e un esame fisico completo che si ripete ogni tanto. Inoltre vi si deve aggiungere una Wassermann sul sangue, un esame di urine, un esame di striscio di sangue e il dosaggio dell'emoglobina. In qualche caso potrà essere necessario un esame radiologico o la ricerca del metabolismo basale.

Naturalmente tutto questo richiede una metodica clinica buona, notevole pazienza nell'ascoltare il malato, e, sopra tutto, perchè il soggetto ritorni, la buona volontà dell'esaminatore che incoraggi l'esaminando a ritornare.

I pazienti possono essere seguiti o personalmente o per corrispondenza con loro, coi loro medici, con ospedali o anche colle notizie pubblicate sui giornali.

Così è stato raccolto un ingente materiale. Naturalmente perchè questo materiale abbia vero valore di investigazione clinica l'esame deve essere più completo che sia possibile. L'O. ricorda casi di tumore del retto, di tumore ovarico, di tumore testicolare, in cui è mancata in esami precedenti l'osservazione dell'organo che poi si è ammalato.

Le cause più frequenti di morte negli Stati Uniti secondo la *Metropolitan Life Insurance Company* sono, in ordine di frequenza: le malattie del cuore, il cancro, l'influenza e la polmonite, gli accidenti, la tubercolosi, la nefrite cronica, l'emorragia cerebrale, le malattie delle coronarie e l'angina pectoris, il diabete mellito, l'appendicite.

Il modo con cui si sviluppano queste malattie più frequentemente causa di morte è utile per poterle prevenire o riconoscere all'inizio.

Per le malattie di cuore, molti casi sono legati a chiara storia precedente di cuore luetico o reumatico, pochi a vizi congeniti e le lesioni erano facilmente rilevabili fin dal primo esame. Molto si è fatto per evitare le malattie sifilitiche del cuore curando bene la sifilide. Il problema invece del cuore reumatico è ancora da risolvere. Bland, Jones e Young trovarono su 1000 giovani con malattia reumatica del cuore 83 che ebbero scomparsa dei segni di lesione valvolare dopo un certo tempo. Pochi casi ne vide l'O. (e ne cita dettagliatamente uno); ma bastano per scuotere il pessimismo assoluto circa la guaribilità dei vizi cardiaci. Non sappiamo però qual'è la ragione per cui alcuni individui soltanto possano guarire.

Il problema del cancro è sconcertante, perchè se a volte l'inizio clinico è subdolo, molte volte è invece improvviso e allora non è possibile fare una diagnosi precoce. Questa sarà possibile solo quando avremo un metodo diagnostico semplice e sicuro com'è, per esempio, la reazione alla tubercolina.

Le morti accidentali non sono prevedibili in nessun modo.

La tubercolosi può essere diagnosticata precocemente; ma ci sono casi in cui si ha inizio acuto. Qui gli esami periodici e sistematici possono riuscire veramente utili.

L'inizio delle malattie del gruppo cardiorenale è quasi sempre subdolo e gli esami successivi possono mettere in evidenza piccole variazioni che possono mettere sulla via della diagnosi.

Il diabete spesso ha inizio brusco.

Importanza notevole per la salute umana hanno i rapporti sociali, i timori, le gioie, i dolori, la povertà, la prosperità. A questi ogni persona reagisce a modo proprio.

L'O. conclude dicendo che non è possibile sperare dagli esami periodici una vera e sensibile utilità nella prevenzione delle malattie finchè non si conoscerà come le malattie croniche hanno inizio. Questi esami periodici, specialmente se fatti per lungo tempo, possono portare luce sull'argomento.

Non basta però la vita di un medico per chiarire nettamente alcuni problemi. Le indagini accurate però non devono essere tra-

scurate da nessun medico, perchè la somma delle osservazioni darà risultati certamente anche se ogni singola osservazione dia chiarificazione solo frammentaria del problema.

L.

Per la prevenzione della cheratite dei mietitori.

Come ne abbiamo già dato notizia, indetta dal Presidente della Confederazione Fascista dei Lavoratori dell'Agricoltura ha avuto luogo una riunione, nel corso della quale è stato concretato un piano d'attività per la tutela igienico-sanitaria da assicurare ai lavoratori che parteciperanno alla prossima campagna di mietitura.

Per accordi intervenuti con la Federazione Casse Mutue Infortuni Agricoli saranno distribuiti 366.000 cappellidi paglia, 140.000 in più rispetto allo scorso anno. Saranno anche distribuiti a titolo d'esperimento 20.000 paraocchi per la prevenzione degl'infortuni oculari. Funzioneranno inoltre posti di transito, controllo, ricovero e ristoro.

Notiamo che il prof. D'Amico aveva già, nella stampa medica, rilevato l'urgente necessità di prevenire la cheratite dei mietitori.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Primario della divisione medica; titoli ed esami; stip. lire 7744; partecipaz. Età limite 45 a. all'1 maggio. Chiedere annunzio. Scad. ore 12 del 31 maggio.

DESIO (Milano). *Ospedale di Circolo.* — È aperto il concorso al posto di assistente medico nell'ospedale qui sopra menzionato. Stipendio annuo lordo L. 4000, più vitto e alloggio. Età massima anni 30. Chiusura del concorso ore dodici del giorno 10 giugno 1939. Per informazioni rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto: Fano I, Istonio, Pescara IV (Ancona); Bari II, Bari III, Bari IV (Bari); Piacenza I, S. Pietro in Casale (Bologna); Cagliari II, Cagliari V, Pabillonis (Cagliari); Catania I (Catania); Firenze VII, Firenze VIII, Firenze IX, Firenze X, Firenze XII, Firenze XIV, Peretola (Firenze); Campomarino (Foggia); Spotorno (Genova); Calalziocorte, Milano VIII, Milano XII (Milano); Trapani II (Palermo); Civitavecchia II, Roma I, Roma IV, Roma X, Roma XVII, Roma XXI, Roma XXIV, Roma XXV, Talamone, Vairano Caianello I (Roma); Collegno, Torino III, Torino XII (Torino); Villabassa (Trento); Trieste II, Trieste IV, Udine I (Trieste); Mogliano Veneto, Calalzo Pieve di Cadore, Venezia IV, Venezia Mestre II (Venezia).

Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 giugno 1939-XVII.

TRIESTE. *Ospedali Riuniti Regina Elena, S. Maria Maddalena e Amici dell'Infanzia.* — Un posto di primario nel reparto infettivi e un posto di primario nel reparto di tubercolosi dell'Ospedale di S. Maria Maddalena in Trieste. Concorso per titoli ed esami scadente il 20 giugno 1939-XVII, ore 12. Stipendio annuo L. 8000, con due aumenti quinquennali di annue lire 2000 ciascuno. Aggiunta di famiglia, se dovuta, in L. 1140 (L. 1020 dopo il secondo quinquennio). Ad uno dei due titolari possono essere affidate dal Consiglio di amministrazione le funzioni di direttore sanitario dell'Ospedale, con l'aggiunta di funzioni di L. 6000 annue, non computabile nella pensione. Chiarimenti e richiesta del bando di concorso alla direzione dell'Ospedale Regina Elena in Trieste.

VENEZIA. *Ricovero cronici.* — Concorso per titoli al posto di medico di sezione presso l'Opera Pia « G. B. Giustiniani » di Venezia. Età limite 35 a. al 22 marzo. Stipendio annuo L. 4500, indennità di carica di annue L. 3600, non suscettibili di aumenti periodici, indennità di caro viveri. Il medico di sezione ha diritto ad una stanza di alloggio personale con illuminazione e riscaldamento. Per il servizio sanitario del Padiglione dozzinanti riceve, di regola, un compenso, provvisoriamente fissato in annue L. 3000. Scad. ore 17 del 31 maggio. Rivolgersi alla Segreteria.

RR. Prefetture.

Proroga della presentazione dei documenti per i concorsi sanitari.

In esecuzione delle disposizioni impartite dal Ministero dell'Interno, Direzione generale di sanità pubblica, si avverte che il termine per la presentazione delle istanze per l'ammissione ai concorsi sanitari condotti indetti a suo tempo dalle RR. Prefetture, è stato prorogato a tutto il 20 agosto p. v.

In conseguenza di ciò gli interessati dovranno presentare, entro il termine predetto, le domande corredate dai prescritti documenti.

Borse di studio.

Borsa di studio « A. Benvenuti ».

È messa a concorso una borsa di studio annuale di L. 3600 al nome di « Augusto Benvenuti » da conferirsi ad uno studente della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze. Scadenza: 31 ottobre 1939-XVIII. Domande: Segreteria della R. Università (piazza S. Marco n. 2, Firenze.

Concorsi a premi.

Premi di fondazione Fossati: 1° « Sviluppo, morfologia e istologia comparata della epifisi ». Scadenza 31 marzo 1939, ore 12. Premio L. 3000; 2° « Fisiologia del simpatico ». Scadenza 30 marzo 1940, ore 12. Premio L. 3000; 3° « Significato e valore dell'encefalogramma ». Scadenza 31 marzo 1941, ore 12. Premio L. 3000.

Premio di fondazione Ernesto De Angeli. Tema: « Invenzioni, studi e disposizioni aventi per iscopo la sicurezza e l'igiene degli operai nelle industrie ». Scadenza 31 dicembre 1940, alle ore 12. Premio L. 5000.

R. Accademia di scienze lettere ed arti di Padova.

Col 30 giugno prossimo scade il concorso al premio di L. 5000, bandito un anno fa dall'Accademia, per un'opera sul tema: « Illustrare nelle linee generali o in qualche punto di particolare interesse le condizioni igienico-sanitarie proprie delle nostre colonie dell'Africa Orientale ».

Premio « Vitali »

Presso gli Ospedali Civili Riuniti di Venezia è aperto il concorso pel conferimento di un premio 1938-1939 di L. 2176,80 di Fondazione « Prof. Fabio Vitali » per il miglior lavoro originale sul seguente tema: « Il valore della determinazione azotemica dal punto di vista pratico ».

Detto tema dovrà essere svolto con ricerche originali da medici inscritti nell'Albo di Venezia, esclusi i primari dell'Ospedale Civile od Istituti dipendenti, e dovrà essere presentato entro il febbraio dell'anno 1940-XVII secondo quanto dispone in merito il Regolamento, per la assegnazione del premio, approvato con deliberazione consigliare 17 maggio 1930, n. 327.

Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla Direzione Sanitaria degli Ospedali Civili Riuniti.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il prof. Giovanni Cavina, dell'Ospedale di S. Giovanni di Dio in Firenze, è nominato membro della Società di Gastro-enterologia degli Stati Uniti d'America. Ce ne compiacciamo col valente chirurgo.

In occasione del Natale di Roma è stato decorato della croce di cavaliere al merito del lavoro il prof. Carlo Ferrai di Pisa, già titolare della cattedra di medicina legale e delle assicurazioni in quella Università, ove dette prova di alte qualità di studioso e di maestro; poi egli si dedicò all'industria chimico-farmaceutica e idrotermale: l'Istituto Opoterapico Nazionale, l'Istituto Fitoterapico italiano, la S. A. I. D. A. (per la fabbricazione di saponi e disinfettanti), le terme di Uliveto e le terme della Torretta hanno avuto nel Ferrai il fondatore o l'animatore, ed egli è divenuto un benemerito dell'economia italiana.

Al camerata prof. Marcello Agostini, dermosifilografo dell'ospedale di S. Gallicano, è stata di recente concessa una seconda croce al merito di guerra per la sua partecipazione alla guerra italo-etiopica. Rallegramenti vivissimi.

Il dott. Alfred Weiss è nominato titolare della cattedra di clinica chirurgica B all'Università di Strasburgo. Egli è forse il più giovane clinico chirurgo: conta 40 anni.

NOTIZIE DIVERSE

Commemorazione di Domenico Barduzzi e onoranze a Edoardo Maragliano.

Con solenni, austere cerimonie, Siena ha commemorato, il 21 maggio, Domenico Barduzzi, maestro di idrologia e di storia della medicina, patriota fervente e più volte rettore dell'Ateneo senese. Nell'occasione il Comitato nazionale per le onoranze barduzziane, di cui è alto patrono il Presidente della R. Accademia d'Italia, ha voluto festeggiare il senatore prof. Edoardo Maragliano, nel 90° compleanno del grande scienziato che onora la medicina italiana.

In mattinata alla Regia Accademia dei Fisiocritici è stata inaugurata una targa a Domenico Barduzzi: erano presenti tutte le autorità e gerarchie politiche, civili e militari oltre a una folla di medici e di docenti. Brisighella, città natale del prof. Barduzzi, e Pisa, avevano inviato loro rappresentanti.

Ha pronunciato una elevata orazione il senatore prof. Maragliano, al quale i presenti hanno improvvisato una devota manifestazione di affetto. Ha fatto seguito il Prefetto. Quindi i presenti si sono recati in via S. Martino, per lo scoprimento della lapide apposta sulla casa ove Domenico Barduzzi morì; assistevano una massa di cittadini e i paggi in costume. Hanno parlato il consigliere nazionale prof. Armando Bussi, segretario generale del Comitato e il Podestà di Siena.

Nel pomeriggio è stata effettuata una visita al grande istituto sieroterapico e vaccinogeno « Achille Sclavo » sotto la guida dell'amministratore prof. Neri.

Successivamente nel salone del Mappamondo, nel Civico palazzo, gremito di folla, ha avuto luogo la celebrazione nazionale in onore del sen. prof. Maragliano. Erano intervenute le organizzazioni fasciste con gagliardetti, le gerarchie con a capo il sen. Giordano, per il Senato, le rappresentanze italiane e straniere di Istituti, Città, Atenei ed Accademie. Avevano aderito alla manifestazione plebiscitaria al grande scienziato la Casa del Re Imperatore, il prof. Paolucci, vice-presidente della Camera dei Fasci e delle Corporazioni, l'Accademia d'Italia, il Ministero degli Interni e numerosissime personalità del mondo politico e scientifico italiano.

Il prof. Cesare Frugoni di Roma ha esaltato l'opera feconda di Edoardo Maragliano al quale sono state consegnate medaglie e pergamene commemorative anche da parte dell'Associazione per la lotta antitubercolare e della delegazione ungherese. Il prof. Sabatini ha recato il saluto di Genova allo scienziato insigne. Tra fervide manifestazioni di affettuosa devozione ha risposto il senatore Maragliano vivamente ringraziando il Governo Fascista, il Comitato nazionale per le onoranze, la Città di Siena e tutti i colleghi, assicurando di dare ancora ogni sua attività alla causa della scienza.

Una prolungata acclamazione ha salutato il festeggiato mentre il Prefetto ordinava il saluto al Re Imperatore e al Duce.

4° Congresso internazionale di patologia comparata.

Questa riunione scientifica, indetta a Roma e organizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche,

posta sotto l'alto patronato della Regina Imperatrice, ha avuto per programma di contribuire ad avvicinare gli studiosi della medicina umana, della medicina veterinaria e della patologia vegetale, poichè dalla loro cooperazione attiva possono derivare, e dobbiamo attenderci, importanti progressi scientifici e pratici.

Sono stati scelti, per la discussione, argomenti di largo interesse per i tre rami della patologia.

L'inaugurazione del Congresso ha avuto luogo solennemente al Campidoglio, nella Sala di Giulio Cesare; essa è stata onorata della presenza dei Sovrani. Alla presidenza erano il rappresentante del Governo, sottosegretario de Marsanich, il presidente del Congresso, prof. Rondoni, il presidente del Comitato internazionale permanente dei congressi di patologia comparata, prof. Achard, il rappresentante l'Accademia d'Italia e il Consiglio Nazionale delle Ricerche, prof. De Blasi, il vice-Governatore di Roma, i rappresentanti del Senato e della Camera dei Fasci e delle Corporazioni.

Nella sala erano convenuti numerosissimi i rappresentanti ufficiali delle ventiquattro Nazioni che partecipano al Congresso, insieme ad una eletta e folta schiera di personalità del campo medico e scientifico.

Dopo brevi parole del vice Governatore, il quale ha dato agli intervenuti il benvenuto dell'Urbe augurando il maggior successo ai lavori dell'importante Congresso, il prof. Achard ha ringraziato, anche a nome dei delegati stranieri, per la squisita e cordiale accoglienza ricevuta nell'Urbe.

Ha preso quindi la parola l'Accademico Rondoni, presidente del Comitato organizzatore, il quale ha letto una dotta e applaudita dissertazione sui progressi della biologia moderna nei rapporti della patologia.

Infine il Sottosegretario De Marsanich, dopo aver porto il saluto del Governo fascista, ha dichiarato aperto in nome del Re Imperatore — per ordine del Duce — il IV Congresso Internazionale di Patologia comparata.

Dopo la cerimonia inaugurale, i Congressisti, guidati dall'Accademico Rondoni e dal prof. Achard, si sono recati a rendere omaggio all'Ara dei Caduti fascisti, in Campidoglio, ed alla tomba del Milite Ignoto, deponendo due grandi corone di alloro

Le relazioni sui tre temi di cui abbiamo già dato notizia si sono svolte con vivo interessamento dei congressisti, seguite da discussioni. Sui lavori riferiremo in un prossimo numero.

I lavori sono stati intramezzati da un ricevimento al Palatino, da un ricevimento al Campidoglio, da una gita ad Ostia antica ed al Lido di Roma, da una gita alla villa Este, alla villa Adriana ed a Tivoli, da un ricevimento e un ballo all'albergo degli Ambasciatori, da un ricevimento offerto dalla Pontificia Accademia delle Scienze ai giardini vaticani.

I congressisti hanno visitato l'Istituto di sanità pubblica, l'Istituto Forlanini, ecc.

Alla chiusura, il prof. Rondoni ha riassunto i lavori; i proff. Gruber e Fiessinger hanno espresso sensi di gratitudine e reso omaggio all'Italia, ai Sovrani e al Duce.

Il prossimo congresso si terrà nel 1941 a Istambul od a Londra.

In occasione del Congresso sono state organizzate una mostra della letteratura internazionale nel campo della patologia e della biologia, come pure una mostra di apparecchi ottici.

Altri congressi e convegni.

Il Comitato permanente della Società internazionale di storia della medicina si è adunato a Parigi il 15 aprile sotto la presidenza del dott. Gomoiu (Bucarest). Per il 12° Congresso internaz. di storia della medicina, che si adunerà in Berlino dal 22 al 28 settembre 1940, sono stati proposti due temi: « L'evoluzione della medicina da Harvey ad Haller »; « Storia del tifo esantematico ». Le relazioni saranno tradotte in francese, inglese, italiano, spagnolo e tedesco.

Il Consiglio dell'Associazione professionale internazionale dei medici ha tenuto la sua 13ª sessione a Copenaghen e ha discusso i temi: Cumulo di cariche e di profitti; Il medico di fabbrica; Esami medici periodici e libretto sanitario; Specializzazione. La prossima adunanza si terrà a Parigi in settembre, e discuterà principalmente due temi: Vaccinazioni profilattiche; Difesa individuale del medico nell'esercizio professionale.

La 2ª Settimana scientifica di Francoforte si terrà dal 28 al 30 giugno, sul tema: « Organismi e ambiente »; tra i relatori sarà il prof. Ponzio, della Facoltà medica di Torino. Per informazioni rivolgersi a: Forschungsinstitut für Chemotherapie, Ludwig-Rehn-Str. 42-44, Frankfurt a. M., Germania.

La 53ª Riunione della Società Oftalmologica tedesca si terrà in Heidelberg, dal 4 al 6 settembre. Verrà conferita la medaglia Graefe a Jules Gonin. Temi in discussione: Il corpo vitreo e le sue malattie; Distacco retinico e valutazione infortunistica; ecc. Rivolgersi al prof. Engelking, Univ.-Augenklinik, Heidelberg, Germania.

Il 4 giugno si terrà a Torino, nella clinica medica della R. Università, il IV Raduno della Società Italiana di gastroenterologia per la discussione del tema all'ordine del giorno relativo al linfogranuloma maligno dell'intestino e ad altri argomenti attinenti alla specialità delle malattie dello stomaco e dell'intestino.

La Società ematologica tedesca, che raccoglie studiosi della Germania e dell'Estero, ha tenuto la sua seconda riunione a Pyrmont, dal 12 al 15 maggio, sotto la presidenza del prof. V. Schilling. Tra i relatori ufficiali è stato il prof. Storti di Pavia. Per informazioni e per gli atti rivolgersi al segretario, Dr. Frimberger, Westring 3, Münster, Westf., Germania.

Si è svolta a Wiesbaden, dal 25 al 28 marzo, la 5ª riunione della Società dei neurologi e psichiatri tedeschi; un resoconto ne è pubblicato in « Mediz. Welt. » del 13 maggio.

Si è svolto ad Orano (Algeria), dal 3 al 5 aprile, un congresso sulle brucellosi, organizzato dalla Federazione delle Società mediche dell'Africa del Nord francese, sotto la presidenza del dott. Jasseron.

Ad Algeri si sono adunati i medici coloniali dell'Algeria, sotto la presidenzia onoraria del governatore generale Le Beau e la presidenza effettiva del dott. Ciavaldini.

Corsi di perfezionamento.

Il dott. Chevalier Lawrence Jackson, professore di bronco-esofagologia all'Università Temple di Fi-

ladelfia, terrà un corso sulla specialità a Parigi, dal 3 al 13 luglio; egli sarà coadiuvato dai dottori Fernand Teeman (di Gand, Belgio), J. Vialle (di Nizza), Da Costa Quinta (di Lisbona) e A. Soulas (di Parigi), ex-assistenti nella sua clinica. Il corso si svolgerà nell'Ospedale Necker per bambini malati (padiglione Blumenthal) e nella Scuola d'anatomia degli ospedali (rue du Fer à Moulin 17). Il numero dei partecipanti è limitato a 21. Tassa d'iscrizione 3800 franchi oppure 100 dollari. Rivolgersi al dott. Soulas, rue de Magdebourg 14, Paris 16e.

Un corso sui metodi clinici di laboratorio, con indirizzo pratico, sarà tenuto dal prof. Hinsberg nella Sezione patologica degli Istituti universitari della « Charité » a Berlino (Schumannstr. 20-21, NW 7) dal 5 al 9 giugno; onorario 60 RM. Iscrizioni presso la: Berliner Akademie f. ärztl. Fortb., Robert-Koch-Platz 7 (Kaiserin-Friedrich-Haus) Berlin NW 7.

La 9a campagna antitubercolare.

Va svolgendosi in tutta Italia con fervidi e generali consensi. Nei capoluoghi di provincia e nei centri minori le cerimonie inaugurali hanno avuto luogo alla presenza delle autorità e con largo concorso di pubblico. Le celebrazioni della « Giornata delle Due Croci » si sono compiute in un clima di entusiasmo.

A Roma, nello storico cortile del Palazzo del Quirinale, dove erano stati installati numerosi banchi di vendita del materiale propagandistico, è affluito un pubblico enorme; prestavano servizio due bande musicali.

A Firenze la cerimonia inaugurale venne presenziata dalla Principessa di Piemonte; a Venezia dalla Duchessa di Genova.

Procede attiva la vendita del francobollo antitubercolare.

Tutti gli italiani hanno dato prova del loro spirito di solidarietà sociale, in questa battaglia impegnata dal Regime in nome dei più alti valori umani e della razza.

Azioni giudiziarie.

Nel giugno 1937 decedeva a Milano l'industriale Cesare Toninello, il quale lasciava a succedergli, con testamento olografo, il fratello Francesco Carlo e, in caso di premorienza di questi, nominava erede universale l'Ospedale Maggiore di Milano, al quale legava, comunque, una casa di sua proprietà. Il testatore disponeva poi circa i conti correnti bancari attivi che si sarebbero trovati al momento di sua morte; cioè: sino alla concorrenza di 20.000 lire, a favore del predetto fratello, e tutto il resto, oltre le 20.000 lire, a favore dell'Ospedale Maggiore. Avvenuto il trapasso di Cesare Toninello, si trovarono in banca tre conti correnti: uno libero per 38.028 lire e due vincolati, rispettivamente di L. 41.256 e 244.331. Non essendo sorte contestazioni Francesco Carlo Toninello entrava in possesso dell'eredità; non potè così entrare in possesso del legato l'Ospedale per l'opposizione mossa dall'altro erede, per cui l'Ospedale otteneva dal presidente del Tribunale Civile un sequestro conservativo per L. 244.331; dopo di che il Toninello veniva citato davanti al Tribunale per la convalida del sequestro medesimo e per la decisione in merito al pagamento del legato.

Il Tribunale di Milano ha pronunciata la sentenza con la quale, respinte le eccezioni di Francesco Carlo Toninello, ha convalidato il provvedimento del presidente del Tribunale e condannato lo stesso Toninello al pagamento a favore dell'Ospedale Maggiore della somma di L. 244.331, oltre agli interessi e alle spese di giudizio.

Un po' dovunque.

Al Senato del Regno, discutendosi il disegno di legge: « Conversione in legge con modifiche del R. D. del settembre 1938-XVI, recante disposizioni sull'ordinamento dell'Opera Nazionale per la protezione della Maternità e dell'Infanzia », il relatore sen. prof. Alessandro Guaccero ha raccomandato che, nel regolamento, si disponga che tra i componenti il Consiglio Centrale, oltre degli altri medici, la scelta cada anche sui clinici ortopedici.

Il 23 marzo sulla ridente collina di Albaro a Genova venne inaugurato il primo albergo sanitario, che si propone di offrire al turista, anche di transito, il conforto di un'assistenza sanitaria di prim'ordine in un albergo modernamente e completamente attrezzato.

Il Ministero dell'interno (Direz. gener. della Sanità pubblica) ha diramato una circolare, n. 69, sulla campagna moschicida.

L'Ospedale di Brooklyn ha iniziato la pubblicazione del « Brooklyn Medical Journal », a periodicità trimestrale, ricco di contributi clinici. Redattore capo ne è il dott. N. P. Bastbum. Redazione: The Brooklyn Hospital, Dekalb Avenue and Astland Place, Brooklyn, New York; amministrazione: Mt. Royal and Guilford Avenues, Baltimore, Maryland (S. U. d'A.).

Il prof. Ludwig Aschoff, patologo dell'Università di Friburgo in Brisgau, ha festeggiato, il 2 maggio, il suo 72o compleanno.

Un corso di coltura d'igiene applicata all'ingegneria, per laureati in ingegneria, in architettura e in medicina-chirurgia, si svolgerà nel R. Istituto di Igiene della R. Università di Padova dal 1° al 30 giugno. Tassa L. 300. Rivolgersi al Rettorato.

Alla Camera la Commissione legislativa della Educazione Naz., presieduta dal Cons. Biagio Pace, ha approvato un disegno di legge per l'istituzione di un posto di professore o per l'insegnamento alla tecnica delle operazioni chirurgiche nell'Università di Milano.

La Podesteria di Torino ha deliberato d'intitolare al nome del compianto sen. Carle una via cittadina ed ha scelto all'uopo il tratto di via Rivolta compreso tra il corso Re Umberto ed il corso Castelfidardo, tratto prossimo all'Ospedale Mauriziano, che l'illustre chirurgo con tanta generosità ebbe a beneficiare, nel ricordo del figlio.

La Società di cultura medica cuneese si è adunata il 24 aprile, sotto la presidenza del prof. Bonanno. Sono state fatte comunicazioni dei soci: Vannucci, Carusi, L. Storchi, C. Re.

I giornali hanno dato ampia notizia sul disegno di legge concernente la disciplina dell'esercizio delle professioni da parte dei cittadini di razza ebraica. Ci limitiamo qui a registrare l'istituzione di albi aggiunti per i discriminati, di albi speciali per i non discriminati e la limitazione dell'attività professionale a persone della stessa razza, salvo casi determinati.

All'Istituto di Malariologia « Ettore Marchiafava » si sono svolti, dal 20 marzo all'1 aprile, brevi corsi sulla lotta antimalarica, per ausiliari sanitari (assistenti sanitarie, vigili sanitari, disinfestori, profilassatrici, ecc.); gl'iscritti hanno raggiunto il numero di 83. Dal 24 aprile al 6 maggio si sono tenuti altri corsi per sottufficiali della R. Guardia di Finanza, che sono stati in numero di 60.

La Principessa di Piemonte ha visitato a Milano, il 22 aprile, la Clinica ostetrico-ginecologica « Mangiagalli » e la Clinica pediatrica « De Marchi ».

La Regina Imperatrice si è recata a visitare il padiglione pediatrico da poco funzionante al Policlinico di Roma e che per la sua modernità, organizzazione e completezza dei vari servizi, è oggetto di visite e di ammirazioni, specialmente da parte di tecnici stranieri. È diretto dal prof. Spolverini.

Nella città di Lipsia è in costruzione un ospedale infantile di 385 letti; si prevede che sarà il più perfetto della Germania. Vi sarà allegata una scuola per infermiere religiose. L'aula sarà di 300 posti.

Un Istituto di puericultura sarà fondato presso la Facoltà medica di Rio de Janeiro; comprenderà consultori per gestanti, per neonati e per la seconda infanzia, un lactarium, un refettorio materno, asili modelli e servizi medici generali e specializzati. Più tardi vi sorgeranno una maternità e un pedocomio. L'istituto organizzerà vari corsi: elementari (di propaganda), per signorine e dame infermiere e visitatrici, per studenti in medicina e medici.

Un corso di perfezionamento sulle perdite bianche si tiene a Parigi, sotto la direzione del prof. P. Magnot, dal 22 al 27 maggio, nella Clinica ginecologica dell'Ospedale Broca. (A tanto giunge la specializzazione!).

Nella « Presse Médicale » (13 maggio 1939) è data notizia di una bambina di 5 anni, in stato di gestazione, ricoverata nell'Ospedale di Pisco, nel Perù, ove era affidata alle cure del dott. Geraldo Lozada; un comitato di dame circondavano di attenzioni la piccola. Da notizie ulteriori, recate dai giornali quotidiani, si apprende che ella ha dato alla luce un bambino vivente del peso di 6 libbre (2700 grammi).

A cura della Sezione Romana dell'Istituto Nazionale di Cultura fascista, all'Istituto « Carlo Forlanini » si è tenuto un concerto vocale e strumentale.

La Soc. An. Galenica Milanese, preparatrice fra l'altro della « Viscodiurina », ha inviato in omaggio ai medici un piccolo libro sull'arteriosclerosi, che rappresenta sempre uno dei capitoli di patologia che subiscono modificazioni e variazioni in rapporto ai progressi scientifici.
È un aggiornamento delle nozioni correnti e delle interpretazioni più recenti dell'ipertensione e dell'arteriosclerosi, reso in forma schematica e piana.

È deceduta a Londra, in età di soli 51 anni, la dott. MARGUERITE KETTLE, vice-redattore-capo del « Lancet », che ella contribuì a rendere uno dei periodici medici più importanti e quotati. Promosse il miglioramento del servizio infermieristico negli ospedali ed ebbe parte nella diffusione dell'analgesia ostetrica. Aveva sposato il dott. E. N. Kettle, che, attraverso una brillante carriera, divenne professore alla Scuola medica post-universitaria di Londra. Per qualche tempo la Kettle aveva esercitato l'ostetricia e poi era stata preposta ad un servizio medico ante-natale; ma presto aveva abbandonato l'esercizio professionale, attratta dal giornalismo medico. L. V.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 5 Giugno 1939 - XVII Num. 23

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

SINTESI

Un Ottalogo

di

BENEDETTO SCHIASSI

Sulla genesi e sulla cura della gastro-ulcera

Ove ci si proponga di comprendere in una visione sintetica l'essenza della malattia gastroulcerosa e la relativa terapia che sembri la più feconda di beneficio, conviene primieramente muovere dal *principio* che si tratta di una manifestazione morbosa d'ordine biologico. E poichè la Medicina non è che una frazione differenziata della biologia, che non può rappresentare una scienza pura, il problema si presenta estremamente difficile perchè l'organizzazione degli esseri viventi è fatta di una materia molto complessa, governata da leggi non tutte conosciute che comandano lo svolgersi della vita degli organismi le cui singole parti sono collegate nel modo più complicato.

Con tutto ciò sembra consentito formulare questo « *ottalogo* »:

I° Molteplici argomenti e fatti Clinici autorizzano a ravvisare nella gastro-ulcera una forma morbosa che per lo più (1) si istituisce in individui a *personalità nevrosica* generale con *labilità particolare* nella innervazione vagosimpatica dello stomaco.

II° Detta forma è promossa, in individui così costituiti, dal sopravvenire di impulsi più o meno violenti o duraturi non di rado d'ordine spirituale che in armonia della legge che domina i legami *spirito-corpo* sono capaci di de-

(1) Si dice « *per lo più* » perchè secondo gli schemi prospettati da Schiassi sono da ammettere, oltre al nervoso, altri momenti etio-genetici benchè più rari, quali produttori del complesso gastro-ulceroso. Vedi « *Mens agitat molem* ».

terminare un disquilibrio funzionale fra le due sezioni simpatica e vagale dello stomaco. Di qui derivano nell'ambito gastrico turbe circolatorie e secretive e quindi fatti distrofici.

La manifestazione — ulcera — che può prediligere la piccola curva una volta costituita diviene successivamente un « foco » donde possono partire frequenti eccitazioni che a sensazioni sub-entranti aumentano il disquilibrio fra le due sezioni che a sua volta aggrava sempre più il fatto secretivo e distrofico.

Cotale circolo vizioso fa comprendere come l ulcerazione possa essere addotta verso la perforazione.

III° La Medicina Interna col sussidio di cure igieniche e medicamentose (come già venne esponendo anche di recente in una dotta disamina il prof. F. Rietti) si è dimostrata in grado di conseguire alle volte guarigioni confortanti e durature specie quando la malattia sia trattata ai suoi inizi. Ma in quei malati nei quali la Medicina non fosse valevole ad ottenere effetti favorevoli, è indicato ricorrere alla Chirurgia.

IV° Con gli atti operatori che si sono applicati in passato quali la resezione del loculo ulcerato accoppiata o non con la gastro-enterostomia, oppure con la sola gastro-enterostomia, si raggiunsero molte guarigioni; ma per taluni insuccessi e per altre ragioni si è venuta diffondendo al presente la tendenza di preferire la gastro-resezione *larga* con la quale si tolgono almeno due terzi dello stomaco.

Si è motivata questa preferenza adducendo diversi argomenti la cui giustezza va contestata in quanto che:

« Non ostante i grandi progressi della tecnica moderna, la mortalità operatoria per questa operazione è più alta di quella che generalmente si notifica nelle statistiche.

Si riportano alle volte cifre di mortalità minori, ma queste ottenute da qualche chirurgo non possono valere per indicare un contegno da seguire dalla « *generalità* » degli operatori.

« Questa operazione distrugge in gran parte l'ordinamento naturale gastro-enterico. Si cerca di riparare il danno con una operazione — gastrectomia — che non può essere altro che un *ripiego*, il quale troppo spesso non risponde nè alle necessità funzionali *locali* nè ai bisogni *generali* dell'organismo per quanto le risorse della « adattabilità » siano nell'uomo superlativamente efficienti.

A questo *ripiego* troppo spesso susseguono inceppamenti gravemente molesti e persistenti delle funzioni digestive donde deperimenti ponderali che male si possono riparare coi più saggi artifici dietetici; conseguono inoltre più o meno profonde anemie ipocromiche che possono resistere anche in soggetti giovani alle più attive cure ematopoietiche, ecc...... tutti eventi mortali e non mortali che vanno tenuti in conto molto severo contro il favore che si vorrebbe assegnare alla gastrectomia larga. La massima aspirazione della terapia deve essere quella di ricondurre verso il destino funzionale assegnato dalla natura gli organi insidiati da fatti morbosi e non quella di allontanare i morbi distruggendo gli organi stessi col pericolo di sopprimere gli individui.

V° La veduta patogenetica con la quale si attribuisce la origine della g. ulcera ad un « *effetto* » abnorme di natura neuro-vascolare induce a rivolgere una azione chirurgica sui nervi e sui vasi che governano le funzioni e la nutrizione del viscere; si dice anche sui *vasi* perchè questi rappresentano un elemento indissolubile con l'innervazione. Non si deve agire nel senso letterale della parola « *enervazione* », bensì nel senso di interrompere una *parte* dei nervi — vasi che decorrono a ridosso del viscere. E poichè vi sono ragioni per credere che la sezione vagale concorra in modo preminente a dar luogo allo squilibrio fra le due sezioni, ci si deve rivolgere a preferenza sulle diramazioni di questa sezione nell'intento di abbassarne il tono eccessivo per conseguire l'equilibrio primitivo.

La perforazione, di cui è data la interpretazione al II è un'evento di una severità massima anche perchè può recidivare quando con un primo intervento sia stato riparato con sutura. Di recente se ne è occupato il Grizaud orientandosi preferibilmente verso la gastrectomia o immediata o dopo un certo tempo dalla sutura. Ma poichè la perforazione tanto primitiva che recidivante è dovuta, secondo lo scrivente, alla costituzione del « *circolo vizioso* » di cui il componente principale è l'elemento nerveo-vascolare, così l'atto chirurgico più benigno e fruttuoso anche contro gli effetti « *iterativi* » è la interruzione vascolo-nervosa piuttosto che l'esporre gli infermi ai rischi dei gravi interventi demolitori.

VI° Nel gastro-ulceroso in cui la lesione risiede lungo la piccola curva si possono avverare dei fatti di retrazione per la natura stessa della forma morbosa e per la sua sede, specie se questa si trovi in vicinanza del piloro. Tali fatti possono succedere primieramente in seguito allo sviluppo del connettivo intorno alla regione ulcerata. Una simigliante evenienza, oltre che spontaneamente, può avverarsi od aggravarsi anche dopo un atto operatorio praticato sull'epiploon per scontinuare nervi e vasi decorrenti lungo la piccola curvatura. In ambedue i casi può venir turbato il così detto

« giuoco antro-pilorico » e lo stomaco essere impedito di svuotarsi nelle ore consuete.

Ove il fatto retrattivo sia presente prima dell'operazione o si abbia ragione di reputare che sopravvenga in seguito all'operazione, può essere indicato di aggiungere alla scontinuità n. v. una gastro-enterostomia trans-mesocolica posteriore.

Alla possibile obbiezione che dopo questo duplice intervento possa formarsi una ulcera peptica si può rispondere che ciò è difficile perchè la scontinuità n. v. provvede a correggere il disquilibrio della secrezione gastrica che suole essere uno degli elementi produttori del fatto ulceroso.

VII° Alla scontinuità n. v. sussegue costantemente, per la interruzione di una parte delle conduzioni nervose intorno al « *foco* » dell'ulcera, la cessazione di ogni sensazione dolorosa.

Questo può avverarsi anche dopo la gastrectomia ma sotto questo rispetto il minimo atto chirurgico della scontinuità non ammette una comparazione con quello gravemente demolitivo del viscere.

VIII° L'esame analitico e sintetico della terapia chirurgica della gastro-ulcera adduce ad un giudizio cauto e sereno che è decisamente favorevole per la scontinuità n. v. più che per la gastrectomia anche perchè la scontinuità offre, per dirla col Cabanis, la « *certezza pratica* » che oltre non esporre gli ulcerosi ad esito infausto ha il gran pregio di uniformarsi a quella mentalità biologica che in molte delle più recenti manifestazioni del pensiero moderno si reputa come sovrano tanto nel campo della Clinica Medica che in quello della Clinica Chirurgica.

N. B. — Chi intendesse di prender nozione degli argomenti sviluppati in modo più ampio e dei fatti dai quali deriva questo ottalogo può consultare: « Mens agitat molem », edit. L. Pozzi, Roma, 1936; dove sono richiamati anche i rilievi fatti da H. Cushing e da altri AA. sui rapporti fra complesso nervoso e genesi della gastro-ulcera.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA TOSSICOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI FIRENZE
diretta da M. AIAZZI-MANCINI.

Avvelenamento da salicilato di metile con nefrosi e disturbi uditivi.

Dott. L. DONATELLI e Dott. R. ABBATE.

Abbiamo creduto interessante riferire il presente caso di avvelenamento grave, non mortale, da salicilato di metile, sia per le particolari alterazioni riscontrate a carico dell'organo dell'udito e del rene, sia per il rapido decorso della malattia, sia infine perchè tali tipi di avvelenamenti sono poco frequenti nella letteratura (1, 2 e 3).

Trascriviamo la storia clinica.

L. R., di anni 47, pensionato.

Anamnesi. Il paziente alle ore 11,45 del 22 dicembre 1938 ha ingerito, per errore, a digiuno, circa 28-30 cc. di un liquido fortemente aromatico. In base a ricerche chimiche eseguite sul materiale residuo, è risultato che tale liquido era salicilato di metile purissimo, sintetico; infatti esso presentava le reazioni di identità consigliate dalla F. U. Italiana e non risultava mescolato a veicoli o solventi. Il paziente non ha mai sofferto di affezioni renali, mentre afferma di essere da tempo ipoacusico dall'orecchio sinistro.

Dopo circa mezz'ora dalla ingestione del tossico si è avuto diarrea profusa con intenso bruciore anale. Alle 12,30 il paziente mangia come di consueto, però ha subito dopo nausea, vomito, sudorazione e diarrea. Nella urinazione e nella defecazione il paziente ha un crescente bruciore. Poco dopo sopravviene: ronzìo, diminuizione dell'udito, tremito diffuso e sensazione di debolezza alle gambe che non permette una corretta andatura.

Di contro la funzione visiva permane normale sia nella acutezza, sia nella percezione dei vari colori, sia nella percezione distinta dei contorni.

Il P. viene da noi visitato alle 17 circa dello stesso giorno nella Clinica Tossicologica della R. Università di Firenze.

Esame generale. Il paziente è fortemente eccitato. Non presenta cianosi. Respirazione profonda e frequente. Polso valido, molto frequente. Sudorazione imponentissima. Andatura lievemente barcollante da ubbriaco. Temperatura corporea normale.

Apparato cardio-vasale. Subbiettivamente senso di oppressione sulla regione cardiaca. Obbiettivamente alla percussione ed alla ascoltazione nulla di particolare a carico del cuore, tranne rinforzo del 2° tono. Polso celere, scoccante, frequente. Pressione media arteriosa aumentata. Labbra, unghie e padiglioni auricolari senza traccia di cianosi.

Apparato respiratorio. Nulla di particolare tranne un respiro profondo e frequente.

Apparato digerente. Il P. accusa bruciore gastrico, obbiettivamente lieve dolenzia nell'angolo epigastrico, nausea, conati e frequente vomito, diarrea intensa con bruciori alla defecazione.

Sistema nervoso. Il P. ha avuto tremiti: presentemente essi sono del tutto assenti. Eccita-

zione spiccatissima; non ha avuto nessun attacco convulsivo nè cloni e conserva la padronanza di sè stesso.

Organi dei sensi. Il P. avverte sensazioni di cascate di acqua, fischi, sibili, ronzii, prevalenti nell'orecchio destro. La voce è percepita spenta, velata e a tonalità più bassa che non di norma, ha infatti ipoacusia notevolissima: alla distanza di mezzo metro dall'orecchio destro la voce non è percepita affatto, percepisce invece la voce gridata. Nulla a carico dell'occhio, tranne lieve midriasi. Riflessi pupillari alla luce ed alla convergenza normali.

Cute. Sudorazione imponente, tanto da bagnare completamente gli indumenti e da costringere il paziente a cambiarli. Si fa presente che la temperatura ambientale raggiunge appena i 5° Celsius.

Apparato urinario. Il P. urina scarsamente e provoca bruciore intenso a ciascuna minzione.

Terapia. Si consiglia al p. di bere abbondantemente acqua alcalina, latte e di tenersi a letto a riposo.

Decorso. Nella serata dello stesso giorno, 22 dicembre, si ha l'arresto della diarrea.

23 dicembre: la sintomatologia va attenuandosi. Smette la sudorazione. Persiste bruciore nella defecazione e nella urinazione. Il p. ha ancora ronzìo, ipoacusia, dolenzia epigastrica, nausea, conati di vomito.

L'esame delle urine della notte del 22 e del mattino del 23, ha dato i seguenti risultati: volume scarso, aspetto limpido, colore ambra tendente al rossastro, nubecola fioccosa, consistenza, fluida, reazione intensamente acida, peso specifico 1032; albumina 0,5 % (Esbach); zucchero, sostanze riducenti: presenti col Nylander e col Fehling; mucina presente in tracce; reazione di Jmbert per l'acetone fortemente positiva; reazione per l'acido diacetico e per l'acido salicilurico intensamente positiva; fosfati normali; bilirubina assente; solfati scarsi; cloruri; sostanze solide 72,23 ‰; urea 31 ‰; azoto ureico 14,44 ‰. All'esame microscopico si notano: numerosi cilindri granulosi (alcuni grossolanamente granulosi con emazie e residui cellulari, altri finemente granulosi). Presenza di cellule renali; emazie dilavate; abbondanti leucociti; qualche filamento di muco; cellule basse vie urinarie; cristallini di ac. urico.

24 dicembre: la sintomatologia è ancora migliorata. Persiste bruciore alla urinazione ed alla defecazione. Lieve peso epigastrico con leggera nausea, senza conati di vomito. Dal punto di vista uditivo il paziente afferma di percepire i suoni molto meglio del giorno innanzi. Le voci consuete sono udite non più velate, ma con timbro e tonalità normale. E' insorta una rinite con laringo-faringo-tracheite (irritazione chimica delle mucose in seguito all'eliminazione del farmaco). Leggera raucedine. Nulla di obbiettivo a carico della mucosa nasale e faringea, tranne lieve iperemia.

Nell'orecchio obbiettivamente si nota: iperemia di modesta entità nella pars flaccida (Shrapnell) delle membrane timpaniche di D. e di S., e lieve opacità nella pars tensa delle dette membrane. Questi fenomeni si osservano in maniera più spiccata a destra. A sinistra: perforazione triangolare nel quadrante postero-superiore della membrana timpanica con retrazione di questa e con sporgenza del manico del martello e del ramo lungo della incudine. Il quadro otoscopico dell'orecchio di sinistra è da riferirsi ad affezioni pregresse. All'esame acustico si nota notevole ipoacusia a destra per tutte le tonalità (toni bassi, medi e specialmente per gli alti) sia per via aerea che per vi ossea, con lesione quindi dell'acustico. A sinistra: ipoacusia di maggiore entità che non a destra per via aerea, della medesima intensità per via ossea, ciò che sta ad indicare una lesione dell'acustico associata ad alterazioni anatomiche della cassa che vietano in parte la conduzione.

Dal punto di vista vestibolare: spontaneamente nistagmo assente; « indicazione » normale; colla prova rotatoria reazione normale d'ambo i lati.

25 dicembre: subbiettivamente scomparsa di ogni sintomatologia, tranne persistenza di lieve bruciore all'urinazione. All'esame delle urine si nota: quantità normale nelle 24 ore; colore ambra; aspetto limpido; nubecola fioccosa; reazione debolmente alcalina; peso specifico 1019; albumina assente; sostanze riducenti — zucchero: presenti in tracce minime sia col Nylander sia col Fehling; ac. diacetico e ac. salicilurico assenti, acetone in tracce minime; muco-pus assente; urobilina in tracce; bilirubina assente; fosfati normali. All'esame microscopico: numerosi cristallini di ossalato di calcio; filamenti mucosi; cellule basse vie urinarie; alcune emazie dilavate, altre di colorito normale; non cilindri nè cellule renali.

26 dicembre: il paziente sta bene. Accusa solo lieve tenesmo rettale dopo la defecazione. L'esame delle urine mostra l'assenza di qualsiasi elemento patologico.

10 gennaio 1939: il paziente non ha avvertito più alcun disturbo. Le orine esaminate di giorno in giorno non hanno mostrato alcuno elemento patologico. L'esame dell'udito a destra è tornato pressochè normale per tutte le tonalità. A sinistra invece persiste ipoacusia per via aerea, mentre la percezione per via ossea appare migliorata dall'esame precedente.

Si fa rilevare la rapidità con cui nel nostro paziente è scamparsa la nefrosi, la quale è durata solo per il tempo di eliminazione del tossico attraverso l'emuntorio renale. Inoltre è da mettere in giusto rilievo il fatto che mentre l'organo dell'udito veniva vulnerato in maniera manifesta, l'organo dell'equilibrio non ha presentato alcuna alterazione degna di nota.

Ciò concorda con le ricerche di Quix (4), il quale ha accertato che l'organo dell'equilibrio offre senza dubbio una resistenza più marcata che non l'organo dell'udito a svariate affezioni.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno descritto in un uomo adulto un caso di avvelenamento da salicilato di metile, nel quale la sintomatologia più manifesta era a carico del rene e dell'organo dell'udito. Si ebbe completa guarigione.

BIBLIOGRAFIA.

1. SHIPLEY. *Avvelenamento da salicilato di metile in un bambino.* Sammlung Vergiftungsfallen, A. 341, pag. 117, 1933.
2. RISI. *Veleni e avvelenamenti.* Ed. Idelson, pagina 109, Napoli, 1936.
3. EIMAS. *Avvelenamenti da salicilato di metile nel bambino.* Sam. Vergiftungsfällen. B. 9, L. 11-12, pag. 155.
4. QUIX. Soc. Belg. d'O.R.L., 1936.

DIAGNOSTICA

Ospedale « Alessandro Mussolini » - Aversa
Direttore: Prof. dott. G. Pansini

Sul pneumoperitoneo diagnostico per la localizzazione del "Tumor Abdominis„ (*)

per il prof. dott. E. Coppa, capo reparto.

Credo utile riferire un caso osservato recentemente, pel quale le indagini cliniche, di ordine semiologico, pur avendo fornito dati attendibili per la localizzazione di una massa che si palpava nel quadrante superiore sinistro dell'addome, tuttavia non avevano permesso di affermare in modo indiscutibile la sede della massa stessa, sede intesa quale *organo*, o cioè formazione anatomica cui questa massa apparteneva.

Per questo intento ritenni opportuno praticare il pneumoperitoneo, sperando di poter ottenere una precisa differenziazione della massa dagli organi vicini. Non credo opportuno riferire i dettagli della storia di questo caso che per altri aspetti si è dimostrato interessantissimo, tanto da stimare più opportuno farne oggetto di una comunicazione a parte; ma varrà riferire che l'infermo, in A. O., era stato operato per « sarcoma dell'intestino », ma che all'apertura dell'addome i chirurgi avevano rinunziato a proseguire l'intervento, giudicando il caso inoperabile.

Se non che il paziente non ebbe mai disturbi della canalizzazione intestinale e lo stato generale si mantenne discreto anche dopo l'intervento stesso.

La difficoltà presentata dal caso in esame era costituita dalla presenza nell'addome di una grossa massa di forma grossolanamente ovoidale, aderente alla parete anteriore dell'addome lungo la ferita chirurgica, occupante il quadrante superiore sinistro, estendentesi verso il fianco, e raggiungente l'arcata costale in alto e quasi l'ombelicale trasversa in basso.

Tali rapporti, e la superficie piuttosto liscia, nonchè la presenza di alcune irregolarità sul margine mediale, tali da far pensare a delle incisure, fecero porre il sospetto che si trattasse di una massa da identificarsi con la milza.

Se non che tale massa non subiva spostamenti con gli atti del respiro (e ciò poteva ben essere addebitato alla aderenza con la parete anteriore dell'addome) e di più verso l'arcata costale sembrava presentare uno scalino, a circa due cm. dall'arcata stessa.

Quivi, palpando mentre l'infermo eseguiva profonde inspirazioni, si aveva la sensazione, non chiarissima in vero, che un corpo raggiungesse le dita esploranti: tale corpo sarebbe dovuto essere la milza.

Sul risultato di questa indagine non furono tutti d'accordo coloro che ebbero ad osservare il paziente, nè la dimostrazione fornitami dalla percussione ascoltata valse ad eliminare

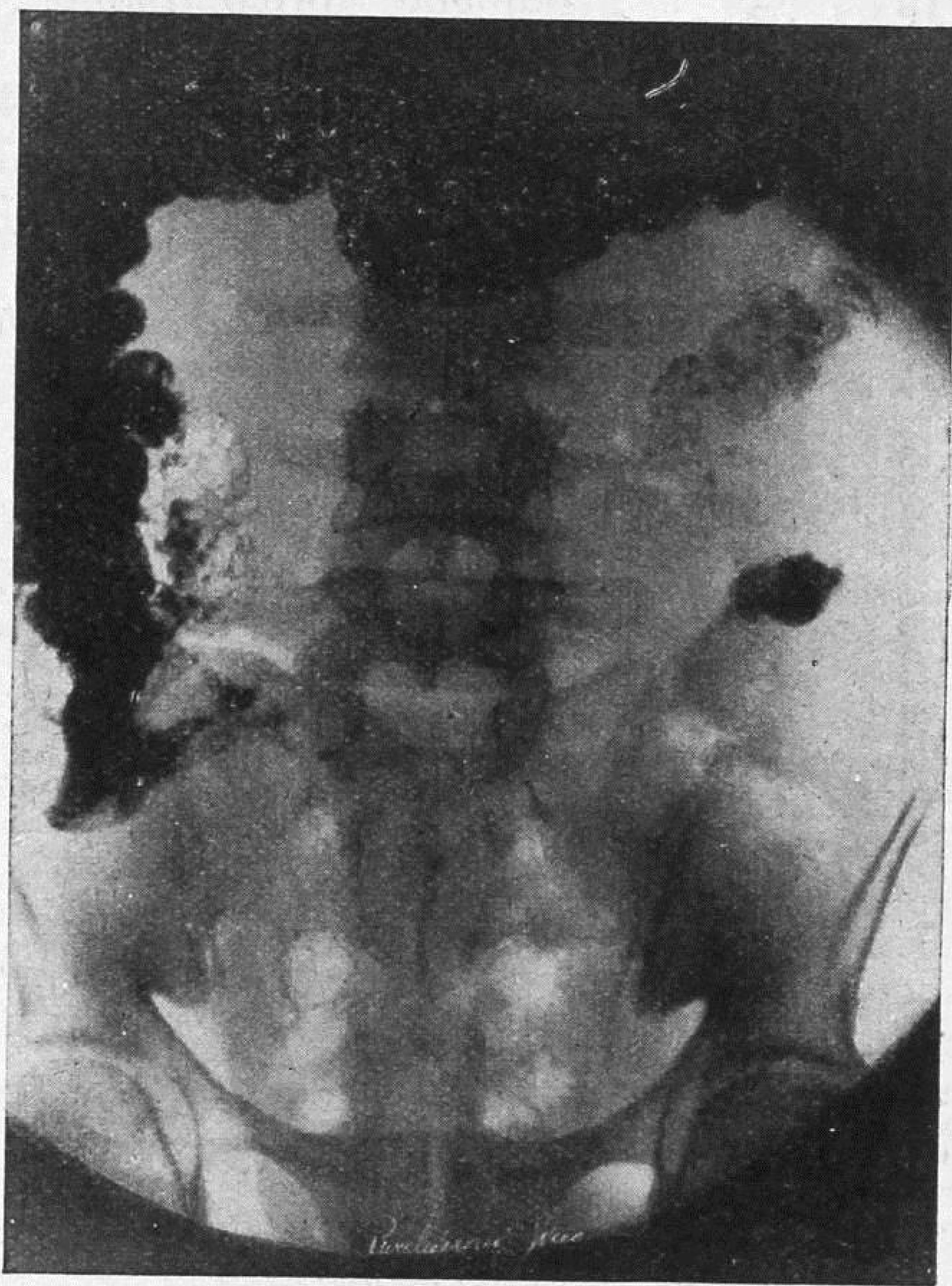


Fig. 1.

tutte le incertezze. I risultati della percussione leggera dimostrazione la esistenza, tra la zona di ottusità della massa e la zona di ottusità splenica, di una zona di chiarezza timpanica dell'ampiezza di circa 6 cm. o poco più, estendentesi parallelamente e lungo il margine dell'arcata costale sinistra. Ascoltando su questa zona e percotendo sia medialmente che lateralmente si riuscì agevolmente a disegnare una zona timpanica facilmente identificabile col percorso del colon (trasverso e discendente). Questo passava in sopra della massa suddetta e dall'angolo splenico in giù diventava posteriore alla massa stessa.

La radiografia eseguita con l'ingestione di pasto opaco confermò questi rapporti, ma non sembrò decidere per la indipendenza della massa dalla milza (Rad. n. 1).

Per derimere i dubbi ,a questo punto fu eseguito il pneumoperitoneo considerando che, essendo la loggia splenica largamente aperta in avanti nella grande cavità peritoneale, l'aria immessa in questa, non incontrando nel suo percorso nessun ostacolo, nel risalire verso la loggia splenica, avrebbe potuto costitui-

(*) Comunicazione fatta alla Società Nap. dei Medici Naturalisti.

re a sinistra una zona di chiarezza che ci avrebbe permesso di differenziare l'ombra splenica che resta in alto ed in fuori da una massa che si trovi eventualmente in posizione infero-mediale rispetto alla milza stessa.

Il risultato del pneumoperitoneo fu difatti oltremodo dimostrativo, come risulta dalla radiografia eseguita subito dopo (Rad. n. 2).

In questa è nettamente differenziabile in alto a sinistra l'ombra della milza, mentre al disotto della zona di trasparenza creata dal gas si nota l'opacità della massa in discussione.



FIG. 2.

Con tale indagine si raggiungeva la dimostrazione, la certezza, che la massa non era appartenente alla milza, e che questa aveva invece un volume di poco superiore alla norma.

Dati, questi, importanti per l'ulteriore orientamento diagnostico.

Al sarcoma dell'intestino, malgrado l'atto operativo, trasformatosi in laparatomia esplorativa, non potevamo credere: contro di esso c'era non solo l'assenza di qualsiasi disturbo di canalizzazione, ma anche il fatto che l'infermo aveva superato l'atto operativo, direi, impunemente.

Permessoci di escludere anche una cospicua splenomegalia e potendo localizzare, grazie al pneumoperitoneo, l'affezione con molto verosimiglianza al grande omento, fummo indotti a dar notevole valore a talune glandole affioranti alle regioni inguinali.

Queste difatti furono repertate per una biopsia.

Naturalmente pel caso in esame furono condotte tutte le indagini che esso sembrava richiedere:

1) Esame morfologico del sangue e formula leucocitaria.

Neutrofili 43,16 %; Eosinofili 1,2 %; Basofili 0 %; Linfociti 41,44 %; Monociti 14,2 %.

Assenza di forme immature.

Globuli rossi 3.338.000; Globuli bianchi 5800 Hb 60 %; V. G. 0,89.

2) R. di Wassermann negativa.

3) Esame delle feci: balantidium coli e cisti di ameba coli.

4) Esame di espettorato: assente il B. di Koch.

Da tutte queste ricerche ben poco lume ci venne per la diagnosi dell'affezione morbosa del nostro infermo. Fu invece la biopsia che dimostrò trattarsi di un linfogranuloma maligno.

Non mi soffermerò a discutere il particolare quadro clinico presentato da questa affezione nel nostro infermo, non intendendo dare a questa nota altro valore che quello di una comunicazione di ordine strettamente semiologico.

RIASSUNTO.

L'A. illustra l'utilità del pneumoperitoneo in un caso di una massa addominale che mal si differenziava dalla milza, differenziazione resa possibile appunto dal pneumoperitoneo, e che permise di orientare le indagini diagnostiche verso la vera natura della affezione (linfogranuloma maligno).

TRIBUNA LIBERA

Sulla cura medica dell'appendicite

(in risposta ad una critica del Cavina).

A quanto scrive il Cavina in questo importante Periodico (n. 19, Sez. Pratica) non posso tacere, sia perchè direttamente citato, sia perchè penso che una sana critica presupponga non sia deformato il pensiero altrui.

1) Esposi (*Riforma Medica*, n. 13, 1939, pag. 407) sotto il preciso titolo « Sieroterapia dell'Appendicite e della Peritonite » una discussione accademica estera.

2) Già dal titolo inconfondibile, risulta che io non abbia punto parlato di « Cura medica dell'appendicite ».

3) Esposi, con la mia consueta obiettività, la discussione intesa a proporre una difesa sieroterapica pre-operatoria, o magari nei casi di giustificata inoperabilità.

4) Non elogiai un « qualunque nuovo metodo incruento apparso all'orizzonte » sia perchè non sono elargitore di laudi, molto meno di facili censure; sia perchè non c'era nulla di nuovo in codesto, che non costituisce un metodo.

5) Non inculcai « l'abbandono dell'unica arma, il bistori » sia per coerenza a quanto scrivevo, sia perchè di questa arma, nel mio già lungo *curriculum*, mi sono avvalso, senza tema di smentite, e senza menar vanto di centurie.

6) Commentai: il *problema è interessante*, quanto dire da ristudiare, controllare, discutere; perchè penso che la Scienza avanzi tra problemi da risolvere. Se il Cavina creda sostituirvi assiomi, liberissimo!

7) Precisione dunque nel mio procedimento. Nessuna incoerenza, nè con me stesso, nè con la Scienza, giacchè tutti sanno che p. es. la sieroterapia antidifterica non dà il bando alla intubazione ed alla tracheotomia; nè i vaccini antipiogeni bandiscono la mastoidectomia; e così via.

8) Ma il Cavina mi offre un per finire con le sue parole medesime, giacchè egli, dopo aver lanciato al mio scritto un *vade retro*, dopo avere esortato a scongiurare un presunto mio maleficio, e tanto per condannare a priori una difesa siero-terapica, scrive: « è ben noto co- « me possano gli stessi sintomi di una appen- « dicite acuta scomparire (e per fortuna ciò « avviene sovente), in modo spontaneo, senza « l'intervento di alcuna terapia ». Testuale...

Con ciò nè ora nè poi, ritengo dover replicare; senza ripicchi. Che anzi se al Cavina piace vedere, tra' numerosi suoi discepoli, un uomo bianco per antico pelo, non gli resterebbe se non il consentirmelo!

Dott. ERIBERTO AIEVOLI.

Napoli, 14 maggio 1939.

Con queste dichiarazioni stimiamo chiusa la polemica. *La Redazione.*

SUNTI E RASSEGNE

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Errori diagnostici in un caso di malconformazione uterina.

(L. PUCCIONI. *La Clinica Ostetrica e Ginec.*, luglio 1938).

Le malconformazioni genitali offrono al ginecologo le maggiori difficoltà diagnostiche e sono frequenti cause di errori e di sorprese. Per cercare di evitare tali errori ed indurre lo specialista a rivolgere la propria attenzione ai suddetti vizi di sviluppo, l'A. consiglia la pubblicazione di tutti i casi di errori di diagnosi che vengono commessi in tali occasioni. Egli stesso riferisce un interessante caso clinico.

Si tratta di una donna di 42 a., mestruata a 13 anni con mestruazioni scarsissime e a tipo opsomenorroico fino a 23 anni epoca del matrimonio. Dopo il primo parto le mestruazioni si regolarizzarono per ritornare a tipo opsomenorroico ma abbondantissime in questi ultimi anni. Di cinque gravidanze avute, quattro si interruppero prematuramente: in tre vi furono emorragie saltuarie e crisi dolorose e tre volte dopo il parto si verificarono emorragie abbondanti. La p. ricorse alla visita dell'A. il 23 ottobre con la seguente sintomatologia: ultima mestruazione il 2 agosto, poi 3-4 volte perdite di sangue acicliche con dolori al basso ventre accentuatisi negli ultimi giorni, nausee, bisogno frequente di orinare. All'esame esterno dell'addome si notava che la metà inferiore di questo era occupata da una tumefazione sviluppatasi prevalentemente nell'ipogastrio e nel quadrante inferiore di d., molle, pastosa, indolente, scarsamente mobile. All'esplorazione il collo dell'utero appariva deviato verso destra, e spinto verso la sinfisi pubica, con i contorni dell'orificio esterno irregolari. Al di sopra del collo dell'utero ed in continuazione con esso si avvertiva una tumefazione a superficie irregolare di consistenza dura, occupante tutta la metà sinistra dello scavo, fissa, del volume di una testa di feto settimestre. Fatta la diagnosi di gravidanza al 3° mese in utero fibromatoso con fenomeni di incarceramento l'A. consigliò l'atto operativo.

Però prima di esso fu fatta la reazione di Friedmann che riuscì negativa e tale fatto fece

modificare la diagnosi in quella di fibromi multipli di cui uno a probabile sviluppo infralegamentario sinistro e uno in rammollimento. All'apertura dell'addome apparve che la tumefazione riscontrata all'esame esterno era formata dall'utero gravido, mentre la tumefazione incuneata nello scavo era data dal corno uterino sinistro. sviluppato in senso trasversale e posteriore e cosparso di numerosi nodi di fibroma. Fu praticata la isterectomia totale con annessectomia bilaterale. All'esame del pezzo fu notato trattarsi di un utero bicorne-bicolle o pseudo didelfo con corno destro gravido e corno sinistro fibromatoso ed incuneato nello scavo; mentre però il canale cervicale nella sua parte superiore era doppio, il setto di divisione non giungeva fino all'orificio esterno che era unico.

L'A. dopo avere analizzato i rapporti tra gravidanza e duplicità uterina passa a considerare gli errori diagnostici cui dette origine il caso esaminato: essi furono tre. In primo luogo non fu riconosciuta la malformazione uterina e tale errore fu facilitato dalla mancanza di malformazione vaginale e dal fatto che la duplicità del collo dell'utero non era completa.

Forse una più esatta valutazione dei dati anamnestici avrebbe potuto fare sospettare almeno la duplicità uterina. Il secondo errore consistette nell'avere interpretato il corno uterino sinistro incuneato nel bacino come un grosso nodo di fibromioma; esso fu facilitato dalla reale presenza di nodi neoplastici. Il terzo errore fu quello di avere rigettato la diagnosi fatta prima clinicamente di gravidanza al terzo mese, in base al risultato negativo della reazione di Friedmann. Esso poteva essere evitato e dimostrò che talvolta i risultati di laboratorio possono essere fallaci. Del resto in fatto di diagnosi differenziale fra miomi e gravidanza è noto che in ogni tempo sono stati commessi errori. Chiudono l'articolo alcune considerazioni di indole terapeutica.

VICENTINI.

Miomi in menopausa.

(WALTHER BENTHIN. *Deutsche Med. Wochen.*, 1939, n. 2, p. 41).

Le affezioni genitali in menopausa passano in seconda linea rispetto ad altre malattie. Mentre diventano rarissimi i processi infiammatori e le disendocrinie assumono la massima importanza le neoplasie (40 %). Massima frequenza hanno gli epiteliomi della vulva, vagina, clitoride e utero; minore frequenza i tumori ovarici; miomi si osservano solo nell'1 % delle donne. Certamente molti miomi rimangono silenziosi; però l'A. ha raccolto fra il proprio materiale 18 casi in cui il mioma ha condotto a gravi disturbi; è innegabile che anche in età avanzata dopo molti anni di menopausa possono insorgere disturbi anche gravi dovuti esclusivamente a miomi. L'A. conferma col suo materiale clinico l'opinione di molti secondo cui la maturità sessuale si protrae più a lungo nelle portatrici di miomi uterini. Mentre è fuor di dubbio che tutti i miomi riconosciuti nel climaterio si sono originati nel periodo di maturità sessuale, bisogna tener presente che i miomi possono accrescersi anche molti anni dopo l'inizio della menopausa; non si può escludere sempre in modo assoluto che il tumore già grosso in precedenza abbia dato segno della sua esistenza solo tardi, ma è notevole il fatto che nei casi descritti dall'A. i miomi non presentavano in nessun punto alcun segno di degenerazione fibro-jalina o di altri processi regressivi.

Le cause dei disturbi più gravi derivanti dai miomi in menopausa sono processi degenerativi o degenerazioni neoplastiche dei nodi miomatosi; l'A. riporta un caso di colliquazione totale di un mioma della grandezza di una testa d'uomo con una capsula residua di 1/2 cm. di spessore, un caso di degenerazione sarcomatosa con colliquazione cistica e un caso di colliquazione associata a carcinoma.

Il sintoma principale come nei miomi preclimaterici sono le emorragie. Gli altri sintomi passano in seconda linea; il dolore non porta mai le pazienti dal medico; con una certa frequenza le donne si lamentano di un senso di ripienezza. Un aumento della temperatura si verifica solo nei casi di necrosi molto avanzata. Le emorragie non hanno nulla di caratteristico; sono irregolari, di breve durata con lunghi periodi di remissione; solo nei processi degenerativi e nella trasformazione maligna si hanno emorragie molto abbondanti e continue che causano rapidamente notevoli stati anemici.

L'A. passa in rassegna le difficoltà diagnostiche ricordando come il miglior modo per evitare i frequenti errori sia l'esame digitale dell'utero, e come sia fondamentale tener presente la possibilità della presenza di un mioma anche come causa unica di manifestazioni gravi in menopausa.

La terapia non dev'essere interventista che in determinati casi (miomi sottomucosi, miomi intramurali quando esiste necrosi, colliquazione o degenerazione sarcomatosa). Nei miomi in accrescimento come in tutti i casi in cui risalta la particolare mollezza del tumore l'intervento è giustificato anche in assenza di emorragia. Miomi silenti scoperti occasionalmente durante interventi per altre ragioni, conviene asportare solo se sono peduncolati. La Röntgenterapia è inefficace; si ha talvolta anzi l'impressione che acceleri processi necrotici.

L'A. accenna infine ad alcune questioni teoriche. Lo spesso ritardato subentrare della menopausa nelle donne portatrici di miomi; il reperto di follicoli primari in accrescimento

e di *corpora albicantia* fanno pensare che nonostante la cessazione delle mestruazioni persista anche in età avanzata un certo grado di funzionalità ovarica con grande variabilità individuale. L'A. pensa perciò che il rendersi manifesto dei miomi in tarda età non derivi solo da processi di retrazione e regressione della parete uterina, ma anche da possibili processi di accrescimento del tumore. Se in molte donne non si presentano emorragie o esse si presentano solo tardi ciò sarebbe dovuto a una diminuita reattività dell'utero e a una diminuita vascolarizzazione delle mucose ipotrofiche o atrofiche. Anche i processi di colliquazione sarebbero secondari a un pregresso accrescimento. L'accrescimento dei miomi potrebbe dunque essere dovuto a una persistenza o ricomparsa di un certo grado di funzionalità ovarica.

Le diverse asserzioni dell'A. sono accompagnate dalla descrizione di 9 dei 18 casi clinici da lui raccolti.

Madeyski.

Attività estrogena e tossicità dello stilbestrolo.

(J. Varangot. *La Presse Médicale*, n. 38, 13 maggio 1939, p. 725-726).

Dopo alcuni cenni storici riguardanti la scoperta da parte di Dodds, Goldberg, Lawson e Robinson delle proprietà estrogene dello stilbestrolo (4:4 diidrossi α-β dietilstilbene), l'A. ricorda che l'analogia degli effetti fisiologici di questa sostanza con le sostanze estrogene naturali è completa, qualitativamente e quantitativamente. Questa identità di azione ha condotto rapidamente all'introduzione dello stilbestrolo nella terapia umana, in cui, la possibilità dell'introduzione per via orale senza perdita di efficacia come succede per l'estradiolo, gli ha guadagnato subito una grande diffusione.

Dopo aver ricordato i principali lavori comprovanti l'efficacia del prodotto in parola, l'A. riporta la sua esperienza personale confermandone l'alto potere estrogeno. Ha esperimentato su 18 pp. di cui 17 castrate operativamente e 1 in menopausa. In tutti i casi il prodotto fu usato per os. L'A. ottenne rapida scomparsa dei disturbi da castrazione: vampe di calore, nervosismo, disturbi nervosi, prurito vulvare.

Sfortunatamente se l'attività fisiologica di questa sostanza estrogena non è discutibile, la sua innocuità lo è molto di più. Nel ratto e nel sorcio le dosi elevate di stilbestrolo (0,5-1 mgr. pro gr.) per via parenterale portano alla morte in una diecina di giorni, mentre per os una dose di 0,5 mgr. è mortale in 3-4 gg. Queste dosi però sono troppo lontane da quelle usate in terapia e il fatto non avrebbe alcun valore se non ci fossero dati ben più dimostrativi della sua tossicità. Lacassagne recentemente ha dimostrato che lo stilbestrolo può sviluppare degli adenocarcinomi mammari nei ceppi di sorci predisposti e, ciò che è più importante, che 3 femmine di questo animale che avevano ricevuto 25 gr. di questa sostanza alla settimana e che erano state sacrificate in extremis al termine di 90-130-139 g. di trattamento presentavano tutte un grave ittero. L'esperienza personale ha dimostrato a Varangot che nelle donne le dosi terapeutiche sono molto spesso tossiche; un gran numero di pp. hanno sopportato molto male lo stalb. L'A. ha notato disturbi precoci e tardivi. In 4 casi le pp. hanno presentato fin dalle prime ingestioni un'intolleranza assoluta e completa. Il quadro di questa vera intossicazione fu assai caratteristico; fin dal 2° g. di trattamento, 2 o 3 ore dopo l'ingestione del preparato le pp. presentarono malessere generale, nausee, vomito subentrante, vertigini. Sospesa la somministrazione i disturbi persistettero per 1 o 2 gg. Questi disturbi non apparvero in rapporto con le dosi ingerite, poichè l'A. li osservò con dosi quotidiane di 3/10-1-2 e 3 mgr. In 12 casi ebbe disturbi tardivi di cui 4 così severi che condussero all'arresto del trattamento risp. dopo 2 mesi e 43 mgr.; 2 mesi con 53 mgr.; 2 mesi e 95 mgr.; 1 mese e 165 mgr. Questi disturbi tardivi consistettero in pirosi gastrica, nausea, vomiti, vertigini, scomparsa dell'appetito; le condizioni generali declinarono tanto che le pp. reclamarono la sospensione della cura. I disturbi tardivi comparvero in media dopo 6 settimane di cura. Su 11 p. trattate per più di 1 mese, solo 3 non presentarono intolleranza.

La tossicità dello stilbestrolo, è, per le dosi in cui è efficace, altrettanto indiscutibile che il suo potere estrogeno. L'A. pensa che nei disturbi precoci le lesioni debbono essere sopratutto epatiche; in quelli tardivi ci sarà certo un'azione dannosa sulla mucosa gastrica, ma non deve essere assente la lesione epatica.

Varangot ricorda come altri AA. hanno segnalato questa tossicità. Alcuni più raramente e con disturbi poco gravi (ma in questi casi solo di rado erano state praticate cure che andavano oltre le 6 settimane), altri invece con disturbi più frequenti e più gravi. Loeser in 6 casi su 15. ha osservato nausee e vomiti, Ehrhardt, Kramman e Schaefer segnalarono che con dosi da 3 a 5 mgr. è frequente osservare nausee, vomiti mucosi e decadimento dello stato generale. Anche Buschbeck e Hansnecht insistono sulla cattiva tolleranza dello stibelstrolo. Non bisogna dimenticare, dice l'A., che la terapia estrogena è una terapia quasi sempre di sostituzione, di cui la durata sarà qualche volta di 10 e magari 20 anni.

L'A. conclude che, vista la sua tossicità, il preparato andrebbe bandito dalla terapia umana

Lucchetti.

*

Pregneninolon, nuovo preparato di corpo luteo attivo per via orale.

(WALTER HOHLWEG e H. HERLOFF INHOFFEN. *Klinische Wochenschrift*, 21 gennaio 1939, p. 77).

Si sa che il gruppo etinilico aumenta 16 volte l'azione per via orale dell'estradiolo. Un derivato analogo del testosterone, — l'etiniltestosterone o pregneninolon, — è molto affine al progesterone od ormone del corpo luteo. L'esame fisiologico del pregneninolon dimostra la scomparsa della sua attività androgena e la comparsa della proprietà specifica del corpo luteo. L'attività del pregneninolon corrisponde a 1/3 di quella del progesterone. Il pregneninolon a differenza del progesterone è attivo anche per via orale; finora i preparati di corpo luteo potevano essere somministrati solo per iniezione e gli AA. hanno anzi dimostrato che anche una dose di progesterone 100 X maggiore (60 mg.) di quella somministrata per via sottocutanea è inattiva se somministrata per via orale. Nella somministrazione sottocutanea il pregneninolon è attivo con 2 mg. nel coniglio pretrattato (con follicolina); per via orale è attivo con 4 mg., per cui l'unità-coniglio per os risulta solo doppia di quella per iniezione; per applicazione cutanea il pregneninolon è attivo con 10 mg. Clauberg ha dimostrato l'attività lutea del pregneninolon anche nell'uomo. MADEYSKI.

MISCELLANEA.

La diagnosi differenziale della glicosuria.

(E. N. CHAMBERLAIN. *Practitioner*, maggio 1939).

Il reperto di sostanze riducenti nelle urine deve innanzi tutto indurre e precisare se trattasi o non di glucosio. Il reattivo di Fehling riduce non solo lo zucchero ma anche l'acido urico, la creatinina e l'acido glicuronico, ma in tal caso la reazione è leggera: raramente si ha un precipitato rosso, di solito solo una modificazione del colore azzurro in verde o giallo-verde. In mancanza di sintomi che facciano pensare al diabete tale reazione non ha alcuna importanza. Il reattivo di Benedict più sensibile rivela anche la presenza di altri zuccheri, come il lattosio, il levulosio, il pentosio, la cui differenziazione richiede esami molto complessi. La presenza di zucchero nelle urine durante l'allattamento o in occasione dello svezzamento improvviso deve far pensare ad una lactosuria, e nel corso delle malattie del fegato alla levulosia; la pentosuria, per altro, è rarissima.

Dal punto di vista pratico, per la sua frequenza e per il suo significato clinico, maggiore importanza ha la glicosuria, che può dipendere da diverse cause: glicosuria diabetica, glicosuria alimentare, glicosuria renale, glicosuria cerebrale, glicosuria endocrina (non pancreatica).

1) *Glicosuria diabetica.* La glicosuria accompagnata da sete, poliuria, esaurimento e deperimento depone senz'altro per la diagnosi di diabete. Ma talvolta questi sintomi non sono tutti presenti, sono variamente combinati o non molto rilevanti: s'impone allora la prova della tolleranza dello zucchero o per lo meno la determinazione della glicemia.

Talora più che i sintomi propri del diabete sono le sue complicazioni che consigliano a praticare l'esame delle urine: furuncolosi, favi, o altre infezioni cocciche; la tubercolosi pulmonare che nei diabetici suole assumere un decorso lento e insidioso; la pulmonite, l'ascesso e la gangrena pulmonare nelle forme gravi di diabete. Una notevole importanza al riguardo hanno i sintomi nervosi e sensoriali: neuriti, sindromi tabetiformi con lesioni dei cordoni posteriori, paralisi oculari, retinite, cataratta. La gangrena delle estremità si verifica nelle forme gravi ed in genere quando il diabete è stato già diagnosticato.

La diagnosi differenziale tra causa diabetica o di altra origine presenta talora difficoltà molto gravi, sopra tutto perchè anche nel coma dipendente da lesione cerebrale si può avere la glicosuria e la chetosi. I precedenti del paziente possono semplificare il problema. Comunque è utile ricordare che nel coma diabetico si ha ipotensione dei bulbi oculari, pelle secca, alito acetonico, iperglicemia e riduzione della riserva alcalina.

Nei pazienti sottoposti a regime dietetico ed a cura insulinica si può avere il coma ipoglicemico, che si distingue da quello diabetico per i seguenti fatti: tasso glicemico basso, tensione dei bulbi oculari normale, pelle umila, assenza di glucosio e di acetone nelle urine di seconda emissione (le prime urine possono ancora contenere glucosio dipendente dallo stato anteriore alla iniezione di insulina). Oltre a ciò la somministrazione di glucosio rimane senza effetto nel coma diabetico e produce un miglioramento in quello ipoglicemico.

Anche nel coma tossico, uremico o da lesioni vasali del cervello si può avere glicosuria. Da ciò la necessità di praticare in ogni caso un accurato esame generale e neurologico, l'esame completo delle urine, l'azotemia ed eventualmente la puntura lombare.

2) *Glicosuria alimentare.* In questa forma si ha il passaggio di glucosio dopo un pasto ricco di carboidrati. I soggetti non hanno alcun sintoma di diabete, tuttavia è conveniente praticare la prova della tolleranza del glucosio: dopo l'ingestione di zucchero il tasso glicemico diventa più alto del normale e tende ad abbassarsi più lentamente del normale. Anche nel digiuno il tasso glicemico è leggermente elevato. Si tratta effettivamente di forme di diabete non gravi o di bassa tolleranza per i carboidrati nei quali l'insulina prodotta è suf-

ficiente per i pasti ordinari e non lo è per quelli più abbondanti o ricchi di carboidrati.

3) *Glicosuria renale*. I reni sono normalmente capaci di trattenere il glucosio nel sangue e d'impedirne il passaggio delle urine quando la sua concentrazione non supera i 180 mgm. per cento. In alcuni casi questa capacità diminuisce, il glucosio passa nelle urine anche quando la sua concentrazione nel sangue è di soli 140-150 mgr. per cento: si ha allora la glicosuria renale. Il paziente di solito gode buona salute e non ha alcun disturbo (sete, poliuria, deperimento) che faccia pensare al diabete. La presenza del glucosio nelle urine per lo più viene accertata solo in occasione di esami praticati per assicurazioni sulla vita, nel corso di altre malattie, ecc.

La diagnosi differenziale si basa sulla prova della tolleranza al glucosio: in ogni caso il contenuto di zucchero nel sangue non raggiunge i 180 mgm. per cento e di solito si aggira intorno ai 140-150 mgm.

4) *Glicosuria cerebrale*. Claude Bernard fu il primo a dimostrare che la puntura del pavimento del quarto ventricolo produce glicosuria. Successivamente questa fu notata in parecchie lesioni cerebrali.

L'origine di tale glicosuria è chiara quando esistono segni e sintomi evidenti di lesioni encefaliche (aumento della pressione endocranica, paralisi, disturbi subiettivi, vari, ecc.). Il dubbio o l'errore possono insorgere nelle lesioni cerebrali vicine al quarto ventricolo, nelle quali la glicosuria può precedere le altre manifestazioni neurologiche. Si può allora pensare ad altre forme di glicosuria.

La diagnosi differenziale diventa anche delicata nelle forme di coma da lesioni cerebrali, specie emorragia cerebrale, nelle quali si può avere per lo stesso meccanismo glicosuria e chetonuria. Si può allora ritenere che si tratti di coma diabetico, mentre si tratta di una glicosuria dipendente dalla stessa alterazione cerebrale che ha prodotto il coma.

Una particolare menzione merita l'emorragia subaracnoidea. L'improvviso manifestarsi del coma con irritazione meningea (rigidità nucale, Kernig, irritabilità) decide la diagnosi anche in presenza di glicosuria che può far pensare al coma diabetico. Il reperto del liquido cefalo-rachidiano (emorragico al principio e giallastro più tardi) completa il quadro. Analogamente l'emorragia capsulare può diffondersi nel ventricolo e alla base del cervello, ma il coma da essa prodotto è più rapido di quello diabetico ed è accompagnato da sintomi a focolaio (emiplegia, deviazione coniugata degli occhi, ecc.). Comunque nei casi dubbi, quando la glicosuria è accompagnata da chetonuria e da iperglicemia, è consigliabile praticare la cura insulinica con somministrazione di glucosio, che non è dannosa e può essere utile in caso di diabete ignorato accompagnato da lesioni vasali cerebrali.

Anche la distinzione con la meningite tubercolare può presentare qualche difficoltà quantunque si tratti di un'affezione che si verifica specialmente nei bambini nei quali il diabete è relativamente raro. La presenza di rigidità nucale, segno di Kernig, paralisi oculomotorie, ipertensione del liquor depone per la menigite.

Anche le lesioni del cervello medio accompagnate da glicosuria possono ingenerare confusione, ma le paralisi spastiche, i disordini sensoriali e specie le varie forme di paralisi crociate chiariscono la situazione.

5) *Glicosuria endocrina (non pancreatica)*. La tiroide, l'ipofisi e le surrenali hanno una funzione antagonista a quella delle isole di Langerhans. L'eccesso di secrezione di dette glandule inibisce la secrezione insulare donde abbassamento della tolleranza ai carboidrati.

Perciò nell'ipertiroidismo si può avere glicosuria ed iperglicemia. Nei casi del genere la diagnosi è facile quando si ha notevole perdita di peso, nervosismo, esoftalmo, tachicardia, tremori. Nei casi dubbi si procede alla prova della tolleranza del glucosio: nell'ipertiroidismo si ha iperglicemia dopo i pasti e raramente a digiuno.

Più difficile è la diagnosi nelle forme di acromegalia iniziale accompagnate da glicosuria. L'ingrossamento del naso, delle prominenze sopraorbitali, delle mani e dei piedi, i segni pressori come l'emianopsia bitemporale e la cefalea, possono dimostrare che la glicosuria è legata ad affezione pituitaria. Una rara affezione dell'ipofisi è l'adenoma basofilo che provoca obesità, ipertricosi, atrofia genitale, glicosuria, albuminuria e ipertensione.

Le affezioni delle surrenali raramente sono accompagnate da glicosuria malgrado l'influenza dell'adrenalina sulla glicemia. È noto che le iniezioni di adrenalina mobilizzano il glicogeno epatico ed aumentano il contenuto di zucchero nel sangue e che le forti emozioni possono produrre glicosuria attraverso l'ipersecrezione di adrenalina. Tali fatti dovrebbero essere transitori, ma non è impossibile che tensioni emotive prolungate provochino il diabete con il medesimo meccanismo. DR.

Epatite.

(J. W. McNEE. *Edinburgh Med. Journ.*, maggio 1939).

Si intende per epatite la risposta dei tessuti del fegato ad un'offesa dei tessuti stessi. Il fegato è particolarmente esposto a cause dannose specialmente per la sua situazione nei riguardi del circolo portale. Il sangue portale deve attraversare il fegato, al quale conduce tutto il materiale drenato dagli intestini, tanto se è utile quanto se è dannoso.

Il fegato è il grande organo del « metabolismo intermedio » nel quale tutte le sostanze nutritive vengono modificate in maniera da essere utilizzate dai tessuti. I procedimenti chi-

mici di queste trasformazioni ci sono pochissimo noti.

Il fegato esercita così la sua « funzione tossifilattica » nel compiere la quale può essere offeso dando luogo a un'epatite. I veleni che possono così colpire il fegato provengono non solo dall'intestino ma anche dalla cute, dai polmoni e da altre parti dell'organismo (come avviene p. e. nell'eclampsia).

Il numero delle sostanze che possono ledere il fegato è enorme e comprende batteri, tossine, spirochete, virus, metalli pesanti, sostanze medicamentose. In molti casi la sostanza che ha danneggiato il fegato ci rimane ignota, così succede nell'ittero catarrale, nella necrosi acuta del fegato.

Fra la semplice « tumefazione del fegato e l'atrofia gialla acuta », che rappresentano i due gradi estremi, esistono tutte le possibilità di lesioni intermedie. Pel medico ha importanza notevole il modo di reagire del fegato ai danni che subisce.

Il fegato è un organo vitale ed è provvisto di tessuto in quantità superiore a quella che, a rigore di termini, è indispensabile alla vita. Nel maggior numero dei casi solo una parte del fegato è danneggiata; la parte sana può largamente supplire alla funzione. Si può avere un cancro del fegato con integrità soltanto di 1/10 del tessuto epatico senza che compaia itterizia nè si abbiano fatti di disfunzione epatica. Questo spiega perchè le così dette prove della funzionalità epatica spesso non ci sono utili.

Il fegato è l'organo che più di tutti ha la capacità di riparare le perdite che subisce e lo fa non solo rigenerando sinteticamente cellule epatiche. ma anche producendo nuovi dotti biliari. Quando però le alterazioni si ripetono con troppa frequenza, la capacità di rigenerazione si perde e il fegato si riempie di tessuto cicatriziale. Così avviene nelle cirrosi epatiche.

Escludendo il cancro e gli altri tumori, le cisti e le alterazioni vascolari, molte malattie epatiche sono epatiti anche se abitualmente non sono incluse in questo capitolo, così molte lesioni luetiche, amebiche, alcooliche.

Clinicamente le epatiti gravi possono avere inizio improvviso o graduale. Esse si manifestano con emorragie, ittero, disturbi mentali (delirio e coma).

Due forme di epatite sono più frequenti in Inghilterra. L'ittero catarrale e la cirrosi.

L'ittero catarrale è un esempio perfetto di epatite acuta infettiva, sebbene ancora non ne conosciamo l'etiologia. Si ha sporadicamente e in epidemie. Due sono le teorie patogenetiche di questa malattia: per una la lesione primaria è il fegato, per l'altra l'infezione sale al fegato dall'intestino attraverso le vie biliari.

La morte nel periodo acuto dell'ittero catarrale è rara. Nei pochi casi descritti (uno riguardava un ragazzo deceduto per tonsillectomia e nel quale l'ittero non era stato diagnosticato e l'altro un malato che cadde per le scale e morì pel trauma) il fegato presentava alterazioni evidenti di epatite acuta (necrosi cellulare e divisione mitotica di cellule vicine) con colangite lieve.

Un altro esempio di epatite è l'ittero spirochetosico.

La cirrosi epatica è, secondo l'A., analoga alla nefrite interstiziale cronica. Come essa si produca già è stato accennato.

La cura preventiva delle epatiti è possibile solo quando se ne conosce la causa. Basta allora evitarla. Un'utile opera di prevenzione si può fare nelle industrie nelle quali si adoperano sostanze tossiche per gli operai.

La cura deve mirare a tenere il fegato in riposo e a facilitare il processo di rigenerazione delle cellule alterate.

Si darà glucosio in abbondanza (per via endovenosa) e si aumenteranno tutti gli idrati di carbonio.

Si combatteranno i vari sintomi anche con una dieta appropriata (sopra tutto riduzione dei grassi) e si ricorrerà in alcuni casi a cure specifiche (emetina nell'amebiasi).

L'epatite interstiziale cronica (cirrosi) può guarire, secondo l'A., se si diagnostica e si cura nel periodo precirrotico. Altrimenti si potrà solo prolungare la vita mediante l'abolizione dell'alcool, le ripetute paracentesi, la dieta abbondante di carboidrati e le iniezioni di glucosio. L.

M. e B. 693 nella febbre cerebro-spinale. Rivista di 143 casi curati.

Nei cinque anni 1934-1938 ci furono al Sudan anglo-egiziano 21.599 casi di febbre cerebrospinale, con 14.816 morti (68 %).

Nel distretto Rumbek della provincia di Equatoria ci furono in meno di un mese, al principio dell'anno in corso, 260 casi con 83 morti; 41 casi con 33 morti (80 %) ci furono nei primi tre giorni prima che fosse organizzata qualunque assistenza medica.

R. B. Uster Lomers (*The Lancet*, 22 aprile 1939) ne ha curati 180 in un campo di isolamento preparato affrettatamente. Le cure si dovevano fare in ripari fatti sui prati, polverosi, con personale di assistenza insufficente e impreparato, e l'alimentazione dei malati era inadeguata e l'assistenza molto primitiva.

Ogni malato era assistito da un parente che pensava anche a nutrirlo. In casi speciali alla alimentazione abituale degli indigeni si era potuto dare del latte in scatola.

L'A. curò 143 malati coll' M e B 693 (2 sulfanil-aminopirina) e li divise in quattro gruppi, secondo il modo di somministrazione del medicamento.

Nel primo gruppo il medicamento si usava per iniezioni intramuscolari e intrarachidee fatte contemporaneamente. Si usò una sospen-

sione di una compressa (gr. 0,50) in 40 cc. di acqua distillata e si raggiungevano dosi di 1-2 gr. al giorno per vari giorni.

Risultati incoraggianti: alcuni, moribondi quando fu fatta la prima iniezione, potevano stare seduti e sentirsi meglio già dopo 12 ore.

E già dopo 12 ore si aveva pure rischiaramento del liquor. Su 18 malati così curati, 7 morirono (6 nelle 24 ore dalla prima iniezione e 1 al 6° giorno).

Nel secondo gruppo si fecero iniezioni endorachidee e intraperitoneali della sospensione acquosa più diluita (0,50 in 80 cc.). Si usarono 3-10 cc. per via endorachidea e 25-80 cc. per via endoperitoneale, non superando mai complessivamente 1-2 gr.

Su 56 malati 4 morirono.

Nel terzo gruppo la sospensione acquosa (1-5 cc.) per via endorachidea e una sospensione oleosa per via endomuscolare. Anche qui dose media di 1 gr. (in qualche caso 3 gr.).

Su 66 malati così curati si ebbero 3 morti.

Nel quarto gruppo erano solo 3 casi lievi curati solo per via endorachidea (in un caso gr. 0,30, in uno 0,90 e in uno 1-2 gr.) Mortalità: 0.

L'uso dell'M. e B. 693 ha ridotto quindi la mortalità da 68-80 % al 10 %.

J. Bryant e H. D. Fairman (nello stesso numero della medesima rivista) osservarono la stessa epidemia indicata dal Somers e anche essi fecero punture lombari sotto gli alberi e in ripari di fortuna.

I risultati miracolosi della cura con sulfanilamide permise loro di avere un notevole numero di malati che si facevano condurre dai parenti.

Nel Sudan gli AA. osservarono una suscettibilità di tribù diversa da una tribù all'altra per alcuni medicamenti. Essi curarono solo malati della tribù dei Dinka.

Gli effetti della cura si manifestarono sul respiro già un'ora dopo l'iniezione. Successivamente si aveva la possibilità di chiudere gli occhi durante il sonno, la contrazione delle pupille dilatate, la scomparsa del delirio e qualche ora dopo possibilità di alzarsi e di camminare senza aiuto. Guarirono anche due malati, che erano in condizioni gravissime e nei quali la cura fu iniziata dopo 10 giorni di malattia.

Essi usarono dapprima il prontosil, poi l'M. e B. 693 in soluzione clorurata, per via endomuscolare e per via endorachidea. Adoprarono anche una sospensione oleosa per via endorachidea, ma senza successo.

Usando la sulfanilamide e il prontosil in 21 malati ebbero 1 morto. Ne ebbero solo 8 su 168 malati curati con M. e B. 693. Percentuale di guarigione: 95 %.

La guarigione apparve in rapporto direttamente proporzionale colla quantità di medicamento somministrata nella prima iniezione e colla precocità d'inizio della cura. L.

Paresi e paralisi oculari del diabete.

(Terrien. *Journal des Praticiens*, 15 aprile 1939).

Nel corso del diabete possono verificarsi paresi o paralisi della muscolatura interna o esterna dell'occhio.

Parecchi diabetici lamentano disturbi dell'accomodazione, e questo fatto può essere il segno rilevatore del diabete. I sintomi sono quelli della paresi o paralisi: dilatazione della pupilla ed impossibilità di vedere da vicino. La midriasi è dovuta alla paralisi dello sfintere della pupilla e del muscolo ciliare. In ogni caso essa è sempre meno accentuata di quella determinata dall'istillazione di atropina o dei suoi succedanei.

La paralisi diabetica dell'accomodazione è più rara della paresi. Quest'ultima si rivela con una midriasi leggera ed una presbiopia molto accentuata.

In qualche caso si può avere invece spasmo e contrattura del muscolo ciliare, che determina la miopia: l'accomodazione diventa eccessiva e la visione lontana è disturbata. Conviene però tener presente che la miopia può essere determinata anche da sclerosi del cristallino, il cui sviluppo è favorito dal diabete.

Molto più comuni sono le paresi o paralisi della muscolatura esterna. Più frequentemente è colpito l'oculomotore esterno, segue quello comune ed infine il patetico. La maggiore frequenza della paralisi del retto esterno può attribuirsi alla sua sottigliezza e delicatezza. In effetti è il nervo più colpito a seguito di traumi, di infezioni ed anche di una semplice ipertensione endocranica: insieme alla stasi papillare la paralisi del retto esterno costituisce spesso il primo sintoma di un tumore cerebrale anche quando questo non ha alcun rapporto con il nervo leso.

I sintomi sono quelli delle comuni paralisi dei nervi oculomotori con qualche altro sintoma particolare che può far pensare al diabete.

Subiettivamente si ha la diplopia che, per i suoi caratteri e per la posizione delle imagini viste dal malato, può far fare la diagnosi del muscolo e quindi del nervo paralizzato.

I sintomi obiettivi sono tre: 1) Deviazione dell'occhio dalla parte opposta alla paralisi; 2) Limitazione dei movimenti dell'occhio dal lato del muscolo paralizzato; 3) Attitudine speciale compensatoria della testa; nella paralisi del III paio, specie quando è bilaterale, la testa è riversata indietro allo scopo di supplire all'insufficienza dell'elevazione delle palpebre; nella paralisi del retto esterno il malato per attenuare la diplopia inclina la testa dal lato della paralisi.

La diplopia può essere omonima e crociata. Nella diplopia omonima la visione doppia si verifica con un'immagine proiettata dallo stesso lato della paralisi. Si ha nella paralisi

dei muscoli abduttori (retto esterno, il piccolo ed il grande obliquo). Supponendo, ad es. la paralisi del retto esterno di destra e l'oggetto fissato situato alla destra del soggetto, nell'occhio sinistro l'immagine si fa sulla macula, mentre a destra l'occhio non potendo dirigersi sull'oggetto l'immagine si fa al di dentro della macula, è proiettata in fuori e il malato vede doppio.

Nella diplopia crociata la seconda immagine è proiettata dal lato opposto della paralisi che interessa i muscoli adduttori (retto interno, superiore ed inferiore). Nella paralisi, ad es., del retto interno dell'occhio destro, l'occhio sinistro, normale, si dirige verso l'oggetto situato a sinistra e l'immagine si forma sulla macula. Viceversa l'occhio destro essendo paralizzato non può dirigersi verso l'oggetto e perciò l'immagine si formerà a destra della macula e l'immagine sarà proiettata quindi verso sinistra. Il malato vede doppio con la seconda immagine vista dal lato opposto (sinistro) di quello del muscolo paralizzato (retto interno dell'occhio destro).

Nelle paralisi oculari diabetiche, oltre la diplopia, si possono avere dolori e nevralgie periorbitarie.

La paralisi può riguardare anche l'orbicolare delle palpebre come conseguenza della paralisi del facciale, che non è rara nei diabetici.

Comunque la diagnosi etiologica del disturbo motore oculare può essere confermata solo dalla ricerca del glucosio nelle urine e del tasso glicemico.

Tali forme sono determinate da neuriti periferiche e solo di rado da lesione dei nuclei. Perciò sogliono scomparire spontaneamente e meglio sotto l'influenza del trattamento insulinico.

A parte le paralisi isolate, interessanti uno o più muscoli di uno dei globi oculari, nel corso del diabete si possono avere paralisi dei movimenti associati dei due occhi ed in particolari disturbi della convergenza.

In genere più che di una paralisi si tratta di un'astenia dei muscoli oculari, che si traduce non con un vero strabismo, ma con la difficoltà di sostenere la convergenza per la visione da vicino. Di tanto in tanto la convergenza si rilascia, si avverte una stanchezza, una sensazione di tensione oculare provocate dagli sforzi continuati per riportare gli occhi in convergenza normale. Talvolta il rilasciamento della convergenza provoca diplopia generalmente crociata. I malati finiscono per avere male di testa, un senso di disagio e di malessere durante il lavoro, specie durante la lettura e la scrittura.

Questo disturbo si elimina nei diabetici mediante il trattamento generale, e quando, malgrado questo, persistesse si potrà ricorrere alla sua correzione mediante adatte lenti. DR.

DIVAGAZIONI CULTURALI

L'avvicinamento alla medicina.

Lord Horder (*The Lancet*, 22 aprile 1939) ne ha fatto oggetto di una conferenza tenuta alla Scuola Medica dell'Ospedale di Westminster a Londra.

A giudicare da quanto si vede nei cataloghi dei librai, la medicina ha degli aspetti popolari e delle manifistazioni drammatiche che interessano molto il pubblico profano e che riguardano retroscene e orrori della nostra professione. Quelli che ne hanno scritto sembra non facciano i medici per vocazione ma solo i rivelatori di quanto succede nei gabinetti medici.

L'O. ha voluto parlare solo della medicina come si pratica attualmente, della figura del medico e dell'iniziazione alla sua professione.

Le tradizioni in medicina non si mantengono costantemente immutate, ma variano costantemente per il variare della funzione del medico nelle varie epoche. Una prova di questo si ha nei programmi di studi, che sono continuamente diversi.

L'avvicinamento alla medicina è preceduto da studi preclinici e da studi di clinica e patologia.

Negli studi preclinici rientrano la cultura generale, l'autoadidattismo, la politica, la religione.

La cultura generale è importantissima per il medico. Per questo gli studi medici non devono mai cominciare prima del 18° anno di età. Sarà bene che per il futuro medico abbiano prevalso le scienze naturali sugli altri insegnamenti, perchè così egli acquisisce nozioni fondamentali che gli rimarranno, si abitua alla tecnica di laboratorio e allena il suo potere di osservazione.

Gli studi che si fanno da sè e che riescono di notevole utilità riguardano la storia, la psicologia, la biologia, l'antropologia, l'etnologia. Non si dovrà trascurare neppure la lettura di novelle, romanzi e poesie, altrimenti non potrà impadronirsi della lingua come è necessario per potersi esprimere con esattezza.

Utilissima è anche la logica.

La religione deve essere conosciuta dal medico non perchè l'essere o non essere religioso possa fare più o meno abile il medico, ma per poter meglio comprendere l'anima del malato. La religione non deve essere pel medico un ostacolo al progresso scientifico e il medico, comunque pensi egli stesso, deve essere molto tollerante nei riguardi dell'opinione altrui.

Per quanto riguarda la politica, l'O. non ritiene che il medico debba esserne estraneo, anche perchè l'entusiasmo per un'idea non è un danno nel carattere del medico. Solo il medico dovrà poi cercare di orientare il proprio sentimento in modo da essere un lottatore per gli ideali professionali. Il medico che si occu-

pa di politica può fare molto per il progresso della pubblica salute.

Il lavoro preclinico riguarda gli studi anatomici, fisiologici e chimici. Questi studi non devono essere aridi, presi per sè stessi, ma collegati strettamente fra loro.

Nello studio dell'anatomia c'è troppo la tendenza ad occuparsi minutamente degli arti, dei vasi, dei nervi. È necessario che ci si occupi un po' di più dei visceri toracici e addominali e molto di quello che poi si insegna in medicina operatoria si può già insegnare coll'anatomia. Nello studio dell'anatomia non si devono trascurare i contributi portati dalla radiologia.

Nella fisiologia lo studio deve essere fatto in modo da costituire una vera preparazione allo studio della patologia, e fin dall'inizio si metteranno in evidenza le deviazioni dalla fisiologia in modo che le malattie riescano di più facile comprensione.

Così nello studio della fisiologia deve rientrare l'uso di apparecchi e strumenti che poi diventeranno di uso quotidiano per il medico: lo stetoscopio, il laringoscopio, l'otoscopio, l'oftalmoscopio, e il contaglobuli.

Così lo studente imparerebbe a conoscere le condizioni normali degli organi che si esaminano con questi strumenti. Lo studio della patologia e della clinica ne sarebbe molto facilitato.

Nella fisiologia l'O. vorrebbe fare rientrare anche i principi e i metodi più semplici di batteriologia. Per esempio: lo studente sa anche cercare le tracce di solfocianato di potassio nella saliva, ma non conosce che teoricamente la flora dell'apparato digerente (e questa certamente avrà molto più importanza nello studio delle malattie e dei malati).

Ci sono molte nozioni quindi che devono essere approfondite, altre sulle quali si può insistere di meno. Queste modificazioni si devono portare da un comitato composto di tutti gli insegnanti delle varie materie.

La psicologia, la genetica e la dietetica sono trascurate nell'insegnamento della medicina e invece meritano un ampio trattamento.

Il futuro medico deve in modo particolare abituarsi all'osservazione. Deve osservare tutto, gli oggetti, le persone, i loro abiti, i movimenti che compiono. La capacità di osservazione si dimostrerà utilissima, se ben coltivata, fin dai primi giorni dell'ingresso in una corsia ospedaliera. Qui le osservazioni riguarderanno particolari fatti clinici: il carattere della voce e della tosse, il tipo di respiro, l'aspetto della cute, la resistenza dei muscoli ecc.

Tutte queste osservazioni fatte coi propri sensi diventano come « antenne mentali », che permettono di guidare le successive osservazioni con gli strumenti di precisione necessari al singolo caso.

Quando l'osservare è diventato automatico si ha quello che l'O. chiama l'« istinto clinico », che è coadiuvato notevolmente dalla « sensibilità » individuale.

La conferenza è terminata con considerazioni sugli esami. Questi possono andar bene a studenti poco intelligenti o poco studiosi e viceversa andar male a studenti intelligenti e studiosi. Rientrano in questi fatti condizioni psicologiche e fisiologiche individuali, che l'esaminatore deve saper valutare. L.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

A. URBAIN. *La réaction de fixation dans les tuberculoses humaines et animales.* Ed. II, vol. di 146 pag. Ed. Masson, Paris, 1938. Fr. 28.

Questo volume vuol essere un riassunto dei numerosi lavori che si occuparono specie in questi ultimi anni della ricerca degli anticorpi tubercolari a mezzo della reazione di fissazione del complemento.

Chi conosce la delicatezza di questo metodo di indagine sierologica, non può non approvare l'A. anche quando si sofferma su dati di tecnica che si potrebbero a tutta prima considerare banali o generalmente acquisiti: ma forse non sarebbe nociuto ad una maggior completezza ed anche ad una più chiara comprensione interpretativa se fosse stato preso in maggiore considerazione anche il problema del meccanismo della fissazione del complemento di fronte all'antigene tubercolare, e sopratutto quello dei rapporti tra questo tipo di reazione nella tubercolosi e le reazioni similari in altre infezioni diverse, e particolarmente nella lues.

Altre deficienze si notano qua e là, specie dove vengono esposte e discusse le tecniche relative ai diversi antigeni tubercolari usati nella reazione di fissazione del complemento. In un lavoro come questo di aggiornamento tecnico, e di ricerca di una metodica che consenta di giungere ad una maggiore sensibilità e specificità di risultati, avrebbe dovuto essere maggiormente curata proprio questa parte, nella quale sarebbe stato anche desiderabile che l'A. in base ad una propria esperienza personale, avesse più chiaramente indicati i vantaggi e gli inconvenienti dell'una o dell'altra tecnica.

In un capitolo particolare, l'A. ha posto in parallelo i risultati forniti dalla reazione di fissazione e dalla sieroflocculazione alla resorcina nella tubercolosi: egli sottolinea che queste due prove non debbono essere considerate in opposizione l'una all'altra, chè anzi esse, completandosi e controllandosi reciprocamente, possono essere impiegate nello stesso tempo al fine di potere ottenere dalla sierologia un più preciso sussidio diagnostico.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Il valore della reazione di fissazione viene poi messo in luce dai risultati ottenuti nella tubercolosi animale, sperimentale o spontanea, in cui più facile e sicuro riesce il controllo anatomo-patologico del risultato sierologico.

Dall'insieme dei dati esposti si trae la convinzione che la reazione di fissazione del complemento nella tubercolosi possa in realtà rappresentare un utile sussidio diagnostico, non dovendosi però chiedere a questa prova sierologica ciò che essa non può dare e cioè precisazioni sul carattere del processo tubercolare, sulla natura delle lesioni e sulla loro possibile evoluzione e gravità.

F. Magrassi.

Parrot J. L. *Les manifestations de l'anaphylaxie et les substances histaminiques.* Vol. di pag. 112. Baillières editore, Parigi, fr. 32.

L'A. inizia la trattazione cercando elementi nella abbondante letteratura e nell'esperimento, per poter affermare che uno stretto parallelismo lega le manifestazioni dell'anafilassi sperimentale alle proprietà fisiologiche dell'istamina.

Parallelismo che non è assoluto; per es. la nota incoaugulabilità del sangue durante lo choc istaminico del cane non può essere considerato un effetto istaminico. La conclusione dell'A. è che nell'anafilassi si liberano dal fegato alcune sostanze, tra cui sopratutto sostanze istaminosimili, ma anche altre, tra cui appunto l'antitrombina.

Tra gli esperimenti che dimostrerebbo la liberazione di una sostanza istaminica nel corso dello choc anafilittico, merita di essere ricordato il seguente: se si pone un cane sensibilizzato in circolazione crociata con uno normale, e si inietta nelle vene al primo, l'antigene, nel secondo aumenta sensibilmente la secrezione gastrica.

L'A. ha potuto dosare « l'equivalente istaminico » nel sangue in corso di crisi asmatiche. Esso era sempre tre-quattro volte più alto che nei soggetti normali. D'altra parte una iniezione di istamina determina nei soggetti asmatici un accesso, mentre non ha alcun effetto in questo senso nei normali.

Lo stesso può dirsi per l'emicrania, in cui anche fu trovato elevato l'equivalente di istamina, e in cui anche si vide l'accesso seguire all'iniezione di istamina.

Da tutte queste considerazioni e fatti derivano importanti conclusioni terapeutiche. Infatti la terapia dell'anafilassi diventa una terapia essenzialmente antiistaminica.

L'effetto può essere ottenuto impedendo la liberazione di sostanze istaminiche, oppure sopprimendo le sostanze del gruppo subito dopo la loro formazione, infine modificando la reattività dell'organismo all'istamina, il che si può ottenere o con sostanze ad azione farmocodinamica di tipo adrenalina, oppure creando una abitudine all'istamina stessa.

Nel complesso il libro è molto chiaro e molto ordinato.

L'A. aveva veramente qualche cosa da dire, e chi si occupa di anafilassi, lo starà certamente a sentire con molto interesse.

M. Coppo.

I. Zador. *Les réactions d'équilibre chez l'homme.* Editori Masson et C., Parigi. Prezzo Fr. 80.

L'A. ha ripreso su una base più larga gli studi sull'equilibrio di Rademaker, che analizzò le reazioni degli animali durante la caduta verticale, gli spostamenti su un piano orizzontale e le rotazioni intorno ai vari assi del capo.

Zador ha esaminato l'evoluzione normale delle reazioni di equilibrio nei lattanti e nei ragazzi e le reazioni stesse negli individui affetti da atassia manifesta e da numerose altre affezioni nervose.

Le conclusioni di queste ricerche accrescono le nostre conoscenze sull'anatomia e la fisiologia dell'apparato che controlla l'equilibrio.

Il libro è illustrato da numerosi cinematogrammi.

Dr.

I. Lefèvre. *Manuel critique de biologie.* Editore Masson. Parigi. Fr. 190.

In questo grosso volume sono considerate tutte le nozioni finora acquisite nel vasto campo della biologia.

Precede una succosa introduzione nella quale sono discussi i problemi filosofici della vita: la situazione del mondo vivente nell'Universo, l'organizzazione sistematica di questo mondo, il problema delle sue origini, il trasformismo, il vitalismo, ed il materialismo.

La trattazione essenziale è divisa in cinque parti: la citologia, l'istofisiologia, le funzioni di nutrizione, le funzioni nervose e sensoriali, la bioenergetica.

Il libro può considerarsi come il più completo e più aggiornato trattato di fisiologia generale.

Dr.

A. Gütt. *Erbleiden des Auges.* Editore, G. Thieme, Lipsia. Prezzo RM. 24.

È il quinto volume delle malattie ereditarie che si pubblica sotto la direzione di A. Gütt.

Le varie affezioni ereditarie degli occhi sono esaurientemente descritte da valenti oculisti: B. Fleischer di Erlangen. W. Löhlein e H. Harms di Berlino, W. Stock e M. Büchlers di Tübingen, O. Marchesani di Münster, A. Iess di Lipsia, W. Wegner di Friburgo, W. Clausen di Halle.

È un'opera di grande interesse dottrinale e pratico.

Numerose, nitide figure illustrano il testo.

Dr.

I MAESTRI

Il nuovo Clinico chirurgico di Padova.

Galeno Ceccarelli con recente provvedimento è stato trasferito alla Clinica Chirurgica di Padova per desiderio di quella Facoltà Medica.

Lo segue l'affetto di Perugia dove il giovane Clinico ha affermato così brillantemente le sue qualità di chirurgo e di educatore e dove gode larghissima stima e simpatia.



Laureato nel 1913 a Firenze, Galeno Ceccarelli dopo un periodo di pratica ospedaliera frequentò gli Istituti di Sacerdoti e di Ferrarini di Pisa. Nel 1922-1923 fu a Vienna nell'Istituto di Anatomia Patologica di Sternberg e frequentò la Clinica Chirurgica di Eiselsberg e la sezione urologica di Blum. Fu quindi aiuto per molti anni di Carlo Righetti. Per sei anni ebbe l'incarico della Patologia Chirurgica prima a Perugia, poi a Bari. Nel concorso alla Cattedra di Patologia Chirurgica di Modena riuscì nella terna vincitrice, e nel 1931 con voto unanime della Facoltà, fu chiamato a ricoprire detta Cattedra presso l'Università di Bari. Nel 1935 fu trasferito alla Clinica Chirurgica di Perugia, a cui ha saputo dare con giovanile entusiasmo un notevolissimo impulso facendone un centro apprezzato di ricerca scientifica e di addestramento pratico.

L'attività scientifica di Ceccarelli è stata notevolissima e molteplice: ricorderemo i suoi lavori di istologia patologica sul cancro primitivo della cistifellea a struttura epidermica, sui tumori peduncolati del fegato, sulle cisti solitarie della tibia, e, specialmente interessante, un'ampia trattazione con ricca casistica personale sui tumori maligni del testicolo.

Tra i lavori sperimentali va ricordato quello « sugli innesti cutanei » premiato al Concorso Nazionale Zanetti 1924, dove, modificata opportunamente la tecnica sperimentale rendendola più semplice e pratica, dimostra l'importanza degli innesti di tessuti mantenuti in plasma, che impiega per primo nell'uomo. Tra le altre numerose ricerche ricordiamo quelle sulla respirazione dei tessuti dopo traumi gravi; sulle ferite del diaframma; sulla idronefrosi traumatica, nelle quali vengono lumeggiati o risolti problemi patogenetici di alto interesse e infine quelle « sulle alterazioni articolari da paratifo B » in cui, riprodotto il quadro dell'artrite deformante, prospetta per questa forma morbosa, anche una etiologia da paratifo.

Di speciale rilievo sono i suoi studi sul « problema della rigenerazione » in cui si definisce l'influenza del sistema endocrino nella rigenerazione della pelle e delle ossa; infine un contributo molto apprezzato e originale ha portato con ricerche sperimentali e osservazioni cliniche alla questione delle « Ossificazioni eterotopiche » dimostrando per primo con la colorazione vitale la istogenesi del tessuto osseo in sede eterotopica.

Alla ricca messe di importanti ricerche sperimentali fa seguito un numero cospicuo di contributi clinici su molteplici argomenti di alto interesse chirurgico: monografie, rendiconti clinico-operativi, ecc.; meritano particolare attenzione i suoi lavori sopra la cistifellea. Agli studi sulla torsione della cistifellea fa seguito un interessante ampio lavoro sulla stasi della vescicola biliare (colecistostasi) completato da una trattazione sulle sindromi dolorose da colecistostasi.

Tutta la produzione di Ceccarelli è caratterizzata da un costante ed efficace riferimento alla clinica da cui hanno preso lo spunto le molteplici ricerche istopatologiche e sperimentali eseguite. Alle pubblicazioni personali che sono oltre 70 si aggiungono quelle della sua scuola raccolte in tre grossi volumi.

Il lungo tirocinio, per ragioni varie difficile, ha dato la misura della sua fermissima volontà tutta tesa a superare ogni giorno se stesso. Ottimo conoscitore delle risorse dell'arte, lo ha circondato sin dall'inizio della sua carriera e l'ha sempre seguito, una fama di chirurgo altrettanto brillante quanto coscienzioso e sicuro: è didatta eminentemente chiaro ed efficace. Alieno dai facili entusiasmi è animatore tenace e sa infondere negli allievi la passione per la ricerca scientifica e per il perfezionamento clinico. Ufficiale medico nella grande guerra si conquistò una ricompensa al valore militare. Per le sue qualità intellettuali

e morali Galeno Ceccarelli possiede una personalità caratteristica di alto rilievo che riunisce le migliori doti del Fascista, del Combattente, del Chirurgo, del Maestro.

È perciò facile presagire che Egli assolverà molto degnamente l'altissimo compito di dirigere la Clinica Chirurgica di Padova, famosa per le più alte tradizioni.

La Redazione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Lancisiana di Roma.

Seduta del 1° dicembre 1938-XVII.

Presidente: On. prof. ERMANNO FIORETTI.

Alla presenza di numeroso ed eletto uditorio il Presidente on. prof. ERMANNO FIORETTI, dopo di avere brevemente esposto il lavoro compiuto e le finalità conseguite nei primi undici anni dalla ricostituzione dell'Accademia, ha dichiarato aperto il XII anno accademico.

Prof. S. VISCO. — Si riporta al momento nel quale la teoria tossico zeistica in Italia crollava per dar posto alla teoria da insufficienza alimentare avanzata dal Lussana; quasi contemporaneamente, in America, Goldberger, con le sue classiche e geniali ricerche, affermava l'importanza del fattore alimentare contro la teoria infettiva che colà aveva dominato.

Spostatasi verso lo studio dei fattori vitaminici — che un fisiologo italiano, lo STEFANI, aveva genialmente intuito — la etiologia della pellagra entra in una fase che doveva essere feconda di risultati.

L'oratore fa un'attenta disamina delle ricerche, che portarono alla identificazione dei vari fattori del complesso B, e si sofferma quindi sull'acido nicotinico, che da un anno circa viene usato nella terapia della pellagra. In proposito l'oratore porta un contributo di oltre 60 casi, che si sono beneficiati della terapia suddetta.

Infine egli si sofferma sulle ricerche, che da un anno si compiono nell'Istituto Nazionale di Biologia del C.N.D.R., da lui diretto, su un gruppo di maiali nei quali un'apposita alimentazione ha prodotto lesioni pellagrose e che sono stati trattati con acido nicotinico e discute le osservazioni di una particolare influenza sul sistema emopoietico di detti animali da parte dell'acido nicotinico.

Vengono poi proiettati una serie di fotografie a colori, che documentano il tipo delle lesioni cutanee, ed un film che documenta i disturbi paraparetici, presentatisi nei maiali durante il trattamento con la dieta pellagrogena.

Seduta del 15 dicembre 1938-XVII

Presidente: On. prof. ERMANNO FIORETTI.

Con l'intervento del Vice-Preside e del Segretario Generale della Provincia, di S. E. il Presidente e del Vice-Presidente degli Ospedali RR. di Roma, l'Accademia Lancisiana commemorò, presenti le famiglie e numeroso uditorio, tra cui figuravano le più alte autorità mediche della Capitale, il socio prof. Giannelli Augusto, direttore del Manicomio Provinciale di S. Maria della Pietà, e l'Accademico prof. Laurenti Gaetano, Primario Medico degli Ospedali di Roma.

Dopo commosse parole di rimpianto pronunciate dal Presidente on. prof. Ermanno Fioretti, furono con fervida parola evocati i meriti scientifici e le virtù degli illustri estinti. Per il prof. Giannelli parlò il prof. Bonfiglio Francesco, Primario Medico del Manicomio Provinciale di S. Maria della Pietà, e per il prof. Laurenti il prof. Chiarini Pietro, Direttore dell'Ospedale di S. Giovanni.

La mesta cerimonia si chiuse col rito dell'appello fascista.

Seduta ordinaria del 12 gennaio 1939-XVII

Presidente: On. prof. ERMANNO FIORETTI.

Su un caso di miosite ossificante progressiva.

Dott. L. NUZZO. — L'O. presenta un caso di miosite ossificante progressiva e fa alcune considerazioni sulla frequenza e sui rapporti di questa malattia con altre malformazioni. Pone in speciale rilievo l'associazione di essa con l'artrosi deformante e ne produce una ricca documentazione.

La prognosi del blocco di branca. Osservazioni e ricerche su 30 casi.

Dott. D. SIBILIA e dott. V. D'ALONZO. — Gli OO. hanno indagato sul destino di 30 pazienti portatori di blocco di branca, seguendoli per un periodo di osservazione di circa due anni.

Essi hanno ottenuto dei dati che parlano a favore di una generica importanza prognostica sfavorevole di tale atipia ecgrafica. Considerando però i singoli gruppi di malattie, viene messa in evidenza una notevole differenza delle percentuali di sopravvivenza. Questo induce a sottolineare il concetto che l'ecgrafia è solo un mezzo di laboratorio che non deve rimanere avulso dalla clinica, e che, nel caso specifico della prognosi del blocco di branca, non è possibile prescindere dalla valutazione della malattia fondamentale del singolo paziente. Vengono inoltre ricordati alcuni tipi particolari di blocchi di branca che sembrano avere un valore prognostico particolare anche considerati a sè soli. Uno di questi è il tipo Wilson, che pare comportare una prognosi meno sfavorevole del tipo comune. Un altro tipo è quello descritto da Wolff Parkinson e White, con P-R accorciato e a carattere transitorio, che si riscontra in giovani presuntivamente non cardiopatici, di nessuna importanza prognostica, almeno allo stato attuale delle conoscenze.

Dott. E. SOVENA. — *Sulle torsioni del grande epiploon. Sulle invaginazioni gastriche. Sulle crisi dolorose torico-addominali atroci da aracnoido-radicolite. Sezione di 4 radici sensitive. Guarigione immediata.*

Seduta straordinaria del 26 gennaio 1939-XVII

Presidente: On. prof. ERMANNO FIORETTI.

Per invito dell'Accademia Lancisiana di Roma il Tenente Generale Medico in p. a. Ferdinando Martoglio la sera del 26 gennaio ha tenuta una conferenza sul *Servizio Sanitario nella Guerra d'Etiopia.*

Il Generale Martoglio, che è stato l'organizzatore del servizio sul fronte nord quale Direttore di

sanità dell'Intendenza A. O., ha ricordato che in Abissinia, specie di quella settentrionale, mancava ogni apprestamento sanitario ed ogni attrezzatura civile a cui appoggiarsi; per cui si è dovuto provvedere a tutto di sana pianta, dopo un lavoro di previsione pieno di responsabilità, affrontare con le sole proprie forze, per precisare personale e materiali da richiedere alla Madre Patria, nuove costruzioni necessarie sul posto, misure igienico-profilattiche da adottare.

Ha riferito sulla grande organizzazione assistenziale attuata, costituita da 96 ospedali ottimamente attrezzati e specializzati in modo da potere far fronte a tutti i bisogni dell'indagine clinica e della cura, con molteplici, adatti mezzi di trasporto degli infermi dalla linea delle operazioni, della capacità complessiva di 20.000 letti; organizzazione servita da un vasto Magazzino di materiale sanitario fornito largamente di medicinali, sieri, apparecchi, ecc., che ha consentito di far fronte tranquillamente a qualunque richiesta con sezioni avanzate per il sollecito rifornimento delle truppe in avanti.

Ha illustrato ampiamente tutti i provvedimenti igienico-profilattici adottati con larghezza di vedute e di mezzi per la difesa sanitaria del Corpo di spedizione dalle condizioni climatiche sfavorevoli e dalle malattie infettive comuni e locali (malaria, vaiuolo, lebbra, febbre ricorrente, dissenteria, tifo, tifo petecchiale, rabbia, ecc.); provvedimenti che hanno dato risultati ottimi perchè in un grosso esercito che per mesi e mesi è vissuto combattendo in territori selvaggi e spesso malsani esposto a malattie contagiose, la morbosità si è mantenuta molto bassa e nessuna epidemia si è manifestata, ma solo casi isolati con percentuali minime.

Ed ha terminato mettendo in evidenza il prezioso contributo di perizia e di abnegazione dato dal Corpo sanitario militare alla meravigliosa vittoria delle nostre armi contro l'Abissinia, partecipando virilmente a tutte le fatiche, le privazioni, i rischi delle truppe; operanti per la radiosa affermazione della nuova grandezza della Patria, contributo che ha avuto il più ambito riconoscimento: la medaglia di bronzo al valor militare!

La conferenza, ha richiamato un pubblico di studiosi e di personalità. *Il Segretario.*

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

Seduta del 26 aprile 1939-XVII
Presidente: prof. S. Lanfranca.

Sull'essenza della reazione di Wassermann.

D'Alessandro G. e Saladino E. — Vengono esposti i primi risultati di ricerche intese a chiarire ulteriormente l'essenza delle modificazioni sierologiche nella sifilide, con particolare riguardo al problema della molteplicità od unicità degli anticorpi antilipoidei ed al rapporto fra questi e quelli antispirochetici.

Sindrome di Cushing con diabete.

Cannavò L. e Ortoleva G. — Gli OO. riferiscono su 2 inferme affette da classica sindrome di Cushing, con diabete mellito, trattate con röntgenterapia della regione ipofisaria e notevolmente migliorate.

Afasia sensoriale e teoria della forma.

Migliorino G. — L'O. trae dalla sintomatologia clinica dell'afasia sensoriale — parafasia, carattere servile della scrittura per copia, disordini latenti nella lettura, disturbi nella riproduzione del gesto, disturbi nello schematismo spaziotemporale, ecc. — alcuni argomenti a favore della « Gestalttheorie » (teoria della percezione della forma).

Il Segretario: prof. A. Amato.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 9 marzo 1939.

Ulteriore contributo allo studio della tossicità del cloralio sull'Etna.

P. Mascherpa, M. Zappalà. — Esperienze eseguite nel settembre e nell'ottobre 1938 a Catania e sull'Etna (m. 2941 s. m.).

La tossicità del cloralio somministrato per via sottocutanea in ratti adulti è risultata sull'Etna maggiore (circa 25 %) che a Catania.

Sono confermate con altra tecnica le risultanze di precedenti ricerche eseguite pure sull'Etna ed a Catania da Cannavà.

Mediastinita luetica.

A. Francaviglia. — L'O. riferisce il caso di un uomo di 63 anni, affetto da aortite luetica, presentante gravi segni di una compressione nella parte alta del mediastino anteriore, più intensa in corrispondenza del tronco venoso brachiocefalico di D. L'esame clinico e l'indagine radiologica non permettono di chiarire la natura del processo (neoplasma, mediastinite, pleurite mediastinica saccata). Il pneumomediastino anteriore permette di accertare l'esistenza di una mediastinite che, sulla base dei dati anamnestici e del rilievo clinico della coesistente lesione aortica si suppone essere di natura luetica. Una energica terapia specifica determina la rapida regressione dei sintomi, che scompaiono nel periodo di tre mesi.

Osservazioni e. c. g. su un caso di tachicardia parossistica.

A. Francaviglia. — L'O. illustra un caso di t. p. atriale in una ragazza di 28 anni, con precedenti reumatici. Diversi attacchi sono registrati in una stessa giornata, facilmente interrotti o da una inspirazione profonda o dalla compressione dei bulbi oculari. La compressione dei bulbi determina, prima ancora che sia cessato il ritmo estrasistolico una modificazione nella forma dei complessi elettrici, che viene attribuita all'effetto dell'eccitazione vagale sul miocardio affaticato dalla tachisistolia eterotopa.

Contributo clinico alla conoscenza del mieloma multiplo.

O. Carere-Comes. — L'O. descrive un caso di mieloma multiplo (morbo di Kahler-Bozzolo), illustrandone e discutendone la sintomatologia clinica, il reperto radiologico, le modificazioni ematiche e midollari, la proteinuria di Bence-Jones, il reperto di biopsia. Dal punto di vista istologico i noduli presentavano le caratteristiche dei cosiddetti plasmocitomi; l'A. ritiene però che si tratti non di vere plasmacellule, ma di cellule reticolari in vario grado di differenziazione plasmocitaria. Tali cellule si trovarono abbondanti anche nei puntati sternali e malleolari, il che è segno del carattere sistemico dell'affezione. Dal punto di vista biochimico il caso rientra in quel gruppo di mielomi con abbondante

proteinuria di Bence-Jones, ma senza iperproteinemia ed iperglobulinemia: l'A. sottolinea l'interesse di queste profonde modificazioni del ricambio proteico nel mieloma multiplo, e si propone di farne oggetto di un ulteriore studio.

Osservazioni cliniche sull'alternanza elettrica.

G. M. RASARIO. — L'O. dopo aver brevemente ricordato le questioni riguardanti l'alternanza elettrica, illustra due osservazioni cliniche in cui il fenomeno si presentava con notevole evidenza. Il primo caso riguardava un paziente affetto da miocardite luetica e nefrosclerosi con gravi fenomeni d'insufficienza di circolo. All'ecg. si notava un'alternanza spiccata, interessante in parte la forma, ma più che altro l'altezza dei complessi ventricolari: nelle derivazioni toraciche secondo Condorelli appariva anche un'alternanza di direzione dei complessi ventricolari in senso rispettivamente positivo e negativo. Il secondo caso riguardava un miocarditico con aortite luetica: all'ecg. si notava un blocco di branca destra, che dapprima stabile, in seguito alle migliorate condizioni di circolo si rese instabile, con periodi di ritmo sinusale regolarmente condotto· in diverse grafiche si poteva rilevare l'alternarsi di una sistola normalmente condotta con una dall'immagine di blocco di branca. Sia nell'uno che nell'altro caso non coesisteva alternanza del polso. L'O. sostiene l'ipotesi che tale tipo di alternanza elettrica non sia da attribuirsi a turbe dell'inotropismo del miocardio contrattile, ma a turbe del dromotropismo del sistema specifico.

Considerazioni su un caso di Leishmaniosi viscerale dell'adulto.

V. SCAFFIDI. — L'O. fa rilevare che i dati clinici differenziali più netti tra la Leishmaniosi viscerale del Mediterraneo ed il Kala-azar sono quelli a carico della cute, con iperpipgmentazioni generalizzate ed eruzioni frequenti nella forma indiana, pallore e rare pigmentazioni localizzate nella forma del Mediterraneo.

Riferisce un caso di osservazione personale nel quale durante il decorso della malattia (trattavasi di un caso autoctono della Puglia) fece comparsa una eruzione eritemopapulosa a localizzazione prevalente al volto ed alle braccia regredita rapidamente con la cura antimoniale: reperto eccezionale nella forma del Mediterraneo. Discute la negatività dei reperti parassitari dell'esame dermico con la tecnica di Benhamu. Ritiene conclusivamente che sebbene vi siano nella sintomatologia cutanea dei reperti comuni la disparità della frequenza di essi nel Kala-azar e nella Leishmaniosi viscerale del Mediterraneo è talmente enorme che anche per quanto riguarda questa parte della sindrome manchino le basi per la identificazione clinica delle due forme come è tendenza attuale ammettere.

Turbe di conduzione intraventricolare messe in evidenza con le derivazioni toraciche secondo Condorelli.

G. SCHIROSA. — L'O. ha studiato in 800 casi con 1400 tracciati elettrocardiografici le modificazioni dell'oscillazione iniziale del complesso ventricolare nelle tre derivazioni toraciche proposte da Condorelli, registrate contemporaneamente alle tre comuni derivazioni periferiche di Einthoven. Conferma l'importanza di tali derivazioni per uno studio più esatto delle turbe della conduzione intraventricolare e fa notare come la derivazione antero-posteriore riveli fenomeni elettrici che si svolgono in zone di miocardio mute per tutte le altre derivazioni. Studiando il comportamento di QRS in derivazione antero-posteriore in casi di blocco di branca destra ed in casi di blocco di branca sinistra avanza l'ipotesi che tale zona di miocardio si trovi nel territorio di distribuzione della branca sinistra del fascio di His in corrispondenza della regione septale posteriore.

Nuovo metodo per l'apprezzamento delle reazioni patergiche secondo von Groer.

GRILLO VITO. — Il metodo dello studio patergico secondo von Groer, basato sulla comparazione dimensionale di due reazioni cutanee ad una stessa sostanza usata in due diverse diluizioni decimali, secondo il metodo generalmente in uso, riesce di difficile applicazione e può dar luogo a risultati sbagliati quando le reazioni cutanee da comparare non sono facilmente riportabili a figure geometriche regolari. In questi casi infatti riesce difficile e talvolta anche impossibile l'apprezzamento dei diametri medi delle reazioni. Questo è il caso specialmente di alcune reazioni a sostanze che provocano reazioni di tipo pomfoide, come la morfina, l'istamina, ecc. Per tali sostanze è frequente il caso di reazioni a contorni molto irregolari, anche di aspetto arboriforme. Per questi casi l'A. propone un metodo che si basa non già sul raffronto dimensionale, ma sul raffronto ponderale di mascherine di carta ritagliate per trasparenza secondo il contorno delle reazioni. Per queste prove si dimostrano particolarmente adatti alcuni tipi di carta diafana di spessore però sufficiente ai fini di rendere agevole la pesata. I valori si possono avere in milligrammi ed anche in decimi di milligrammi con una comune bilancia di precisione.

Il Segretario: prof. G. B. COTTINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA

Retroflessione dell'utero e appendicite. Epicrisi.

Dott. ANDREA FERRI.

Nella mia nota: « *La coscienza appendicitica* », pubblicata sul *Policlinico*, Sez. Pratica, 1938, n. 38, ebbi a riferire il caso di una giovane sposa, seguace di Malthus e madre di un unico bambino, alla quale era stata proposta l'appendicectomia, perchè accusava sensazioni moleste addominali e dolore nel quadrante inferiore destro. Constatata la presenza di una retroflessione dell'utero, io mi limitai a consigliare una *gravidanza terapeutica*, la quale ebbe luogo poco tempo dopo, con l'effetto del raddrizzamento spontaneo dell'utero e della scomparsa di ogni sintoma morboso.

Gli stessi disturbi ricomparvero parecchi mesi dopo il parto, col ritorno dell'utero in retroflessione e con la ripresa delle pratiche anticoncezionali. L'ammalata si fece rivedere da me nel febbraio dell'anno scorso; un netto dolore esistente alla palpazione, presso a poco nel punto di Mac Burney, avrebbe potuto trarre in inganno chi non avesse conosciuta la storia della paziente. Io le dissi che l'unico mezzo per guarire era quello di intraprendere una nuova gravidanza, ma in un primo tempo la donna giudicò prematuro tale consiglio, considerando che l'ultimo nato aveva sedici mesi appena; solo più tardi si decise a seguirlo, sperando di porre termine ad ogni sofferenza, come era avvenuto nella gravidanza precedente. Ho riveduto la donna pochi giorni or sono; è nuovamente incinta al quinto mese e gode perfetta salute nonostante i lavori faticosi che compie; ha imparato a fare la diagnosi e la cura del suo male.

Risalendo da questo caso particolare a considerazioni d'ordine generale, sarebbe certamente utile che il medico pratico, il quale ha occasione di osservare, oltre alle storture morali, anche i danni fisici di certe sterilità volontarie, ne rendesse edotta la propria clientela. Oltre a compiere un dovere professionale, raggiungerebbe così il duplice scopo di favorire l'incremento demografico e di rendere omaggio alla verità scientifica.

Sala Bolognese, maggio 1939-XVII.

CASISTICA

Alcuni tipi diversi di ipertensione essenziale: il loro decorso e la loro prognosi.

L'ipertensione essenziale si conosce da una quarantina di anni. La generalizzazione dell'uso dell'apparecchio di Riva-Rocci ha aumentato notevolmente i casi noti di questa malattia. Volhard e Fahr distinsero una forma benigna da una maligna della malattia. W. M. Keith, H. P. Wagner e N. W. Barker (*The Americ. Journ. of the medic. sciences*, marzo 1939), dopo aver studiato un numero notevole di ipertesi, hanno fatto dell'ipertensione essenziale 4 gruppi: il primo comprende i casi ad andamento benigno; il secondo quelli che oltre l'ipertensione presentano pochi altri sintomi, senza retinite; il terzo quelli con modica retinite vasospastica e il quarto quelli che presentano la così detta sindrome ipertensiva maligna.

I casi studiati furono complessivamente 219 (77 donne e 142 uomini).

Nel *primo gruppo* la durata dell'ipertensione può essere più o meno lunga prima che compaiano sintomi o ci siano modificazioni della salute. In modo speciale, le funzioni cardiache e renali si mantengono buone nonostante il prodursi di ipertrofia del cuore e l'albuminuria è lieve o a dirittura assente. La pressione raramente raggiunge cifre altissime e per lo più durante il sonno ritorna al livello normale. La prognosi è generalmente buona.

In 10 casi in cui gli AA. fecero un esame biopsico, esistevano scarse alterazioni arteriolari. Di questi 10 malati, sei erano vivi fra i 7 e 9 anni seguenti la prima visita e 4 erano morti (2 per malattia delle coronarie, 1 per febbre tifoide, 1 per polmonite).

Nel *secondo gruppo* la pressione arteriosa è più alta, ma la salute generale è buona e le funzioni cardiache e renali soddisfacenti. Si hanno alterazioni retiniche più marcate che nel primo gruppo, ma non ancora retinite. Si hanno pure più frequentemente alterazioni delle arteriole muscolari e il decorso della malattia è più rapido. Molti malati possono anche vivere lungamente: dei 26 casi esaminati, ne vivevano 9 dopo 6 e 9 anni dalla prima visita, mentre 17 erano morti.

Nel *terzo gruppo* la pressione è alta e costante. Anche palpatoriamente è possibile notare aumento di consistenza delle arterie periferiche, che hanno una durezza di gomma. Sono frequenti le alterazioni funzionali cardiache (dispnea da sforzo, modificazioni elettrocardiografiche e nicturia). Si ha « nervosismo », cefalea, vertigine, disturbi visivi, albuminuria con ematuria microscopica. C'è retinite angiospastica senza edema. Le modificazioni delle arteriole muscolari sono più

frequenti che nei gruppi precedenti. Ci può essere anche per un certo tempo una remissione dei sintomi. La prognosi però è grave: su 31 malati, solo 3 erano vivi dopo sette anni.

Il *quarto gruppo* comprende dei malati gravissimi: il 79 % dei malati (che erano 146) morì entro un anno. L'alterazione retinica di questi malati è l'edema. Le alterazioni arteriolari furono ancora più estese e frequenti che negli altri gruppi.

Queste alterazioni delle arteriole muscolari non furono in rapporto colla gravità della malattia. Questo rende oscuro il problema patogenetico dell'ipertensione essenziale, anche perchè l'ipotesi di Volhard e Fahr che l'alterazione primaria sia una disfunzione renale non è confermata costantemente e in alcuni casi certamente si deve ammettere la partecipazione delle surrenali o dell'ipofisi. L.

La sindrome di Cushing e il problema della ipertensione essenziale.

A. Seligsohn (*La Presse Médicale*, 31 dicembre 1938) descrive un caso di sindrome di Cushing in un uomo di 51 anni. Alla descrizione del caso che è tipico e che non si differenzia molto dagli altri casi finora pubblicati seguono alcune interessanti considerazioni circa il problema della ipertensione essenziale.

Il morbo di Cushing ha come sintomo più costante la ipertensione arteriosa e come substrato anatomo-patologico più frequente la proliferazione delle cellule basofile del lobo anteriore. Ciò ha fatto pensare che queste cellule siano le produttrici della corticostimulina e che alla loro proliferazione debba attribuirsi l'ipertensione arteriosa del Cushing. Questo è anche provato dal fatto che un aumento del numero delle cellule basofile è stato trovato nel 68 % dei casi di ipertensione, mentre che esse sono state trovate in minor numero o in parte degenerate nelle malattie accompagnate da ipotensione come il beri-beri ed il morbo di Addison. In un certo senso perciò l'ipotensione essenziale si potrebbe considerare come diametralmente opposta alla cachessia di Simmons. Molti casi di ipertensione essenziale si presentano come dei veri Cushing frusti [Il « piccolo Cushing » di Greppi. *Nota del R.*] e si accompagnano ad obesità, ad aspetto congesto, ad ipercolesterinemia e diabete.

L'ipofisi per altro può determinare uno stato ipertensivo anche attraverso l'azione della vasopressione del lobo posteriore. L'A. ha voluto studiare il meccanismo d'azione della corticostimulina e della vasopressione ed ha iniettato separatamente i due ormoni, sciolti in soluzione fisiologica nella cisterna cerebello-midollare dei cani. La vasopressione iniettata in tal modo ha determinato un aumento della pressione arteriosa, la corticostimulina è rimasta inattiva; probabilmente quindi la prima agisce attraverso i centri vasomotori del pavimento del IV ventricolo, la seconda no. L'A. ha trattato il malato di morbo di Cushing con ipotensivi agenti sui centri diencefalici (gardenal prominal) senza ottenere alcun effetto, appunto perchè nel morbo di Cushing la ipertensione è di origine ipofisaria anteriore e non posteriore. Iandolo.

La funzione renale negli ipertesi.

B. Della Maggiore (*Cuore e circolazione*, febbraio 1939), tenuto conto della scarsità degli studi sulla funzione renale degli ipertesi e della non uniformità dei giudizi, ha sottoposto ad esame vari gruppi di ipertesi, seguendone la diuresi giornaliera e determinandone la costante di Ambard, nonchè eseguendo la prova di Rehberg. Questo è un recente metodo introdotto per lo studio della funzionalità renale ed è basato sul concetto che la creatinina, sostanza senza soglia, può con la determinazione del rapporto fra il contenuto di tale sostanza nel sangue e nell'urina, farci conoscere di quanto si è concentrato il primitivo liquido urinario. Nel lavoro, si trovano i particolari del metodo.

Dal complesso delle ricerche dell'A., risulta che nella quasi totalità dei casi, si è osservata una minorazione delle possibilità funzionali del rene, sia per quello che si riferisce al glomerulo, che per quello che si riferisce al tubulo. Il filtrato glomerulare e la diuresi media sono inferiori alla norma. La costante di Ambard è superiore alle cifre medie normali.

Esistono, però, delle differenze fra i vari tipi di ipertesi; il filtrato glomerulare va decrescendo dall'iperteso florido, a quello sclerotico ed all'angiospastico; la costante di Ambard è minore nell'iperteso sclerotico, un po' maggiore in quello florido e maggiore ancora nell'angiospastico.

La diuresi, in complesso, è maggiore nello sclerotico, minore nell'angiospastico e nell'iperteso florido adulto giovanile. *fil.*

Ricerche sui fenomeni vasomotori dell'infanzia e della pubertà.

L. Gedda (*Minerva Medica*, n. 9, 3 marzo 1939) ha studiato le reazioni vasomotorie dei capillari in alcune centinaia di individui appartenenti all'infanzia, alla prepubertà e alla pubertà, seguendo il comportamento di due fenomeni: il dermografismo e la labilità termica.

A conclusione delle sue indagini l'A. afferma:

1) Durante le varie fasi della crescenza il tono vasomotorio dei capillari cutanei subisce notevoli e caratteristici spostamenti e precisamente la risposta dei capillari allo stimolo vasocostrittore (ischemia da freddo) è inversamente proporzionale alla risposta dei capillari allo stimolo vasodilatatore (dermografi-

smo) e mentre la sensibilità della reazione vasodilatatoria va gradualmente elevandosi dai 6-7 anni ai 13, l'entità invece della reazione vosocostrittoria va gradualmente riducendosi.

2) L'attitudine dinamica dei capillari cutanei è senza dubbio legata al sesso, nel senso che la reazione vasomotoria è più intensa e più labile nei soggetti femminili.

3) La patogenesi dei disordini vasomotori della pubertà è legata appunto al sostituirsi di una prevalente reazione vasodilatatoria ad una prevalente reazione vasocostrittiva nel tono dei capillari cutanei nel senso che determinati soggetti, costituzionalmente predisposti, possono presentare, negli anni di saldatura fra le due fasi, squilibri fino allora rimasti latenti. Le sindromi angionevrotiche della pubertà (acrocianosi, eritrocianosi sopra-malleolare, facili ecchimosi, epistassi, ecc.) non sarebbero quindi dovute a uno spasmo arteriolare o ad una ipertensione venosa, come vogliono altri Autori, ma alla precoce comparsa di una caratteristica della nuova età e cioè della prevalente vasodilatazione nel settore capillare.

4) Le differenze rilevate nelle reazioni vasomotorie a seconda del sesso permettono di spiegare come queste sindromi vasomotorie della pubertà siano più frequenti nei soggetti femminili. F. TOSTI.

TERAPIA

Prime cure in caso di ferite recenti.

G. Magnus (*Mediz. Klinik*, n. 14, 1939) dice che i risultati della cura delle ferite dipendono soprattutto da due fattori: l'abilità del medico e il tempo che è trascorso dal momento del trauma. La grande importanza di un trattamento precoce delle ferite è stata riconosciuta dalle esperienze di Friedrich che dimostrò sperimentalmente la legge della costanza del periodo di incubazione in caso di ferite e che su questa basò il suo metodo della escissione della ferita. Dopo avere introdotta della terra nel tricipite della cavia, Friedich dimostrò infatti che la estirpazione del muscolo salvava da morte gli animali, ma soltanto se eseguita entro 6 ore dalla infezione; tra la sesta e l'ottava ora l'esito era incerto, mentre le cavie operate dopo la ottava ora morivano tutte. Anche per le ferite occasionali dell'uomo si può ammettere per analogia, che per una durata di 6-8 ore i germi infettanti rimangano sui margini e sul fondo della ferita senza invadere altri tessuti: la escissione della ferita eseguita entro questi limiti di tempo elimina tutti i germi e permette una sutura e guarigione per prima. L'esperienza ha confermato il grande valore della escissione alla Friedrich purchè praticata entro 8 ore dal trauma: il metodo urta però contro varie limitazioni. Anzitutto non sarà sempre facile apprestare le cure al ferito entro il limite prescritto; inoltre per praticare la escissione sono necessari una buona conoscenza tecnica, una asepsi scrupolosa, un ricco istrumentario (gli strumenti che sono venuti a contatto con le parti infettate vanno subito cambiati). Altre limitazioni sono imposte al metodo della escissione dalle particolarità anatomiche nei singoli casi: se vicino al fondo della ferita esistono un grosso nervo, un vaso importante, l'osso, o se è stata aperta una cavità la escissione non è più possibile.

Se la ferita non può venire escissa per il troppo tempo trascorso o per le sue particolarità anatomiche, essa va curata secondo le antiche regole. Col bisturi e la forbice si asportano i tessuti fortemente sporchi o schiacciati, si allontanano le sostanze estranee e le schegge ossee staccate, si spaccano le sacche profonde e al caso si rendono meglio accessibili con una controincisione. Con buoni drenaggi si provvede a che il secreto della ferita possa defluire liberamente. Lasciando largamente aperta la ferita si procede quindi alla immobilizzazione della parte, meglio di tutto con un apparecchio gessato fenestrato.

L'applicazione di antisettici alla ferita può avere uno scopo solo entro le prime 6-8 ore; dopo questo « periodo di incubazione » i germi sono già passati in tessuti più profondi e non sono più accessibili agli antisettici. Se dunque la escissione di una ferita non è stata completa perchè si sono incontrate strutture importanti o una cavità aperta, l'antisepsi operatoria viene completata da quella chimica. Così p. es. nelle ferite perforanti del ginocchio che abbiano aperto il recesso superiore dell'articolazione, si inietta in questo una piccola quantità di fenolo-canfora; così dei frammenti ossei perforanti che non si vogliono del tutto asportare, vengono pennellati con tintura di iodio. Tranne che nelle ferite tempestivamente e completamente escisse, in tutte le altre si praticherà la sieroprofilassi antitetanica; l'uso del siero polivalente contro la gangrena gassosa è raccomandabile, la sua efficacia profilattica non è però ancora dimostrata con certezza. P.

Come il medico deve trattare le ferite accidentali.

In molte piccole ferite superficiali, dice F. König (*Münch. Mediz. Wochenschr.*, 3 febbraio 1939) si può procedere in modo conservativo sorvegliando però scrupolosamente il decorso; di regola è però preferibile un intervento attivo. Questo può consistere nella pulizia della ferita con allontanamento delle sostanze estranee penetrate, dei tessuti troppo lesi e delle parti evidentemente infettate: oppure nella escissione con susseguente sutura. La escissione alla Friedrich si attuerà solo in ferite abbastanza recenti e in cui sia effettivamente possibile una radicale escissione. Essa è basata sugli esperimenti di Friedrich che innestando nel tricipite di conigli della terra

bacillifera, vide che la escissione praticata entro un periodo non superiore alle 6 ore, salvava gli animali da sicura morte per infezione generale. Le ferite adatte per una escissione trattate con questa e quindi suturate, non guariscono per prima con la stessa regolarità osservata nelle operazioni asettiche: la percentuale di guarigione per prima varia a seconda della regione ferita. Così, mentre nei traumi cranici la escissione anche eseguita dopo molte ore conduce a guarigione per prima nel 95-100 % dei casi, nelle ferite delle dita dei piedi la disarticolazione fatta entro la prima-terza ora dopo il trauma dà guarigione per prima solo nel 59 %, se fatta dopo 4-6 ore, solo nel 33,45 % dei casi. Anche il periodo utile per la escissione dopo avvenuto il trauma varia e spesso è più lungo delle 6 ore stabilite da Friedrich: la lunghezza varia a seconda della regione ferita e soprattutto a seconda delle condizioni del terreno che è venuto a contatto con il trauma (sabbia, terra secca, terriccio, fango).

Escissa e suturata la ferita, essa va accuratamente sorvegliata. Se si manifestano lievi disturbi, può bastare il togliere qualche punto: se invece vi sono segni di infezione di una certa entità è necessaria aprire tutte le suture. Spetta al medico giudicare se iniettare al ferito il siero antigangrenoso, la cui efficacia viene probabilente supervalutata: nei casi in cui si sospetta la possibilità di una infezione tetanica si dovrà iniettare il siero antitetanico. P.

L'utilizzazione della acetilcolina in certi stati post-traumatici.

L'acetilcolina agisce per un potere di vaso dilatazione; effetto che si ottiene anche con i diversi metodi d'azione sul simpatico (simpatectomia ganglionare e periarteriale, infiltrazione novocainica del simpatico). Curtillet E., Salac J. e Duzer (*Revue de Chirurgie*, fasc. II, 1939) hanno pensato se non fosse sostituibile a tali interventi e l'hanno messa in opera in un certo numero di traumatizzati: in una sindrome fisiopatica tipo Babinski-Froment ha dato una guarigione; in due sindrome da reliquati di frattura tipo edema con vaso dilatazione ha dato miglioramenti notevoli. Dieci sindromi dolorose consecutive a fratture o lussazioni o contusioni hanno dato tre guarigioni, tre miglioramenti, quattro insuccessi. Posologia variabile; generalmente iniezione quotidiana di 20 ctg. per otto giorni. Esperienza scarsa, ma tuttavia il metodo di cura può dare in traumatologia notevoli risultati.

G. BENDANDI.

Il trattamento delle lesioni oculari da calce.

Uno degli infortunî più frequenti, specialmente in certi mestieri come il muratore, è l'arrivo di uno schizzo di calce negli occhi. Le particelle di calce hanno una grande tendenza ad aderire alla superficie, per azione chimica ed anche termica, e ad affondarsi nei tessuti, tanto da scomparire quasi in essi e provocare guasti irreparabili. In questi casi, il pronto soccorso è di estrema importanza. Difficilmente, però, si trova presente un medico, che possa, con aghi od altri strumenti distaccare subito le particelle di calce. Per lo più il pronto soccorso è dato da un infermiere o da un aiutante del genere, il quale può vedere di asportare i frustoli di calce con un pennellino morbido, che in alcuni paesi si consiglia di immergere dapprima in una miscela di vaselina e di olio di paraffina a parti uguali. Si consiglia poi di lavare l'occhio con una soluzione di acido borico.

G. C. Perther (*British med. Journ.*, 1° aprile 1939) ha fatto uno studio sistematico sui liquidi più adatti per agire come solventi in questi casi e sulla tecnica da seguire. Egli consiglia di instillare dapprima un analgesico (tenuto conto dello spasmo palpebrale e della fotofobia, che ostacolerebbero ogni manovra) e di procedere in seguito al distacco delle particelle di calce col pennellino imbevuto della detta miscela, che facilita l'aderenza di queste e, quindi, agevola il distacco. La consecutiva irrigazione dell'occhio si farà con una soluzione di cloruro d'ammonio al 4 %, che è bene tollerata dall'occhio e che ha dato risultati assai favorevoli. *fil.*

Trattamento dell'avvelenamento acuto per ossido di carbonio mediante trasfusione di sangue.

Una concentrazione di ossido di carbonio dell'uno per mille basta a provocare perdita della coscienza nell'uomo e può provocare la morte se il colpito non è prontamente portato all'aria pura. L'azione tossica dipende dall'affinità del CO per l'Hb, che è superiore a quella dell'O_2 e si esplica, in ultima analisi, come un processo di anossiemia.

È questa perciò che si deve combattere; quindi si deve far respirare all'intossicato atmosfera ricchissima di ossigeno, o meglio formata di O_2 e CO_2, perchè l'anidride carbonica viene espirata continuamente, ma non è sostituita per la notevole diminuzione dei processi ossidativi ed è invece necessaria per l'eccitazione del centro respiratorio.

Si è voluto sostituire l'Hb come vettore di O_2 mediante il blu di metilene: ma i risultati non sono stati quali ci si aspettava. Anzi alcuni ritengono il blu di metilene nocivo, perchè faciliterebbe la formazione di metemoglobina.

La trasfusione di sangue (400-500 cc.), previo abbondante salasso, può salvare l'intossicato. Il metodo, che va completato con ossigeno-terapia, analettici e cardiotonici, è raccomandato del Koch (*Münch. Med. Woch.*, in *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 12

marzo 1939), il quale, mediante ripetute trasfusioni, ottenne la guarigione di due casi, in cui sembrava ormai inevitabile la morte.

L.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA.

Diagnosi differenziale dell'appendicite nei bambini.

La pielite acuta può presentare qualche difficoltà che può essere rimossa con l'esame microscopico dell'urina (da non trascurarsi mai nei bambini).

Vomito ciclico. Dolore localizzato all'area ombelicale, dolorabilità, se esiste, vaga e non mai localizzata alla fossa iliaca destra; in casi dubbi, somministrazione di glucosio (orale, rettale od anche endovenosa) che dà subito miglioramenti.

Polmonite. Può essere associata a dolore addominale e facilmente scambiata per appendicite. Sarebbe un gravissimo errore, specialmente per l'azione funesta dell'anestetico. Nei casi con pleurite, lo sfregamento può essere di guida. La storia di inizio improvviso del dolore, con alta temperatura ed assenza di dolorabilità locale deve mettere in sospetto; l'aumento dei respiri, con dilatazione delle pinne nasali può servire a distinguere una lesione sopradiaframmatica da una addominale.

Rara è la confusione con l'ittero catarrale, in cui la colorazione gialla può essere preceduta di qualche giorno da dolore addominale.

Il saturnismo è una possibilità che non deve mai essere perduta di vista. Il dolore addominale è a forma di colica e spasmodico ed è riferito all'ombelico; vi sono generalmente altri sintomi (costipazione cronica, anemia, basofilia).

Colica da ascaridi: gli accessi di dolore addominale spesso persistono malgrado il trattamento e possono simulare un attacco di appendicite. Il reperto di ascaridi in un'appendice, anche senza appendicite rende giustificabile l'operazione, perchè altrimenti l'appendicite stessa si sarebbe ugualmente verificata.

Nella fossa iliaca destra, può sentirsi una massa, dolorosa alla palpazione, con segno dello psoas positivo, temperatura moderata e malessere generale. Si può trattare di accesso profondo retroperitoneale, o di osteomielite dell'ileo che tende a raggiungere la superficie addominale o di un ascesso più superficiale. Bisogna tener presenti tali possibilità.

(*Medical Digest*, febbraio 1939). *fil.*

LABORATORIO

L'antigene secco per la sierodiagnosi di Widal a bordo delle navi ed in colonia.

Il ten. col. med. R. M. Guido Mirra (*Ann. di Med. Nav. e Col.*, gennaio-febbraio 1939) rileva che la necessità di avere a disposizione un antigene facilmente conservabile per la siero-diagnosi di Widal è specialmente risentita nelle infermerie di bordo ed in quelle coloniali.

Dopo gli studi recenti di Berry e quelli di Bien, furono condotte nel 1935-36 ricerche internazionali sotto la direzione di Madsen per arrivare ad un procedimento uniforme che assicurasse l'esattezza della reazione.

L'A. utilizzando un procedimento già adottato da Weimberg e Prevot per immunizzare animali da esperimento, ha preparato nel 1933 un antigene secco H e O ottenendo sieri agglutinanti a titolo molto alto.

Dopo essersi assicurato che il b. di Eberth non perde, con il disseccamento, le sue qualità antigeniche, l'A. ha preparato l'antigene procedendo prima alle colture su Agar, poi alla preparazione delle sospensioni, che, centrifugate e poi disseccate nel vuoto, vengono chiuse in fiale sterili.

Nel momento di impiegare la sospensione batterica per una siero-diagnosi, si diluisce il contenuto della fiala con 6 cc. di soluz. fis. ottenendo una sospensione contenente 300-320 milioni di corpi batterici per cc.

L'A. ha sperimentato l'antigene così preparato a distanza di uno, due, tre mesi ottenendo risultati uguali a quelli di confronto con antigene costituito da germi vivi.

L'antigene secco O, anche a distanza di anni, ha dimostrato sempre di avere le stesse qualità di una preparazione per l'agglutinazione O preparata da poco. S. F.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sulla senescenza.

R. Giannini (*Giornale di Clinica Medica*, 10 febbraio 1939) si è proposto di stabilire quali siano le caratteristiche più salienti del circolo periferico nei vecchi e, a tale scopo, ha eseguito in una cinquantina di individui normali di età compresa fra i 60 e gli 80 anni le seguenti indagini:

1) determinazione della pressione arteriosa col metodo Riva-Rocci e dell'indice oscillometrico;

2) determinazione delle variazioni di volume dell'arto superiore in seguito a stasi (angiodilatometria con l'apparecchio di Dogliotti);

3) osservazioni capillaroscopiche riguardo al numero, alla forma, al calibro e alla lunghezza delle anse e riguardo alla corrente capillare e alla rete sotto-papillare.

Dalle indagini dell'A. risulta confermata la tesi che nel vecchio si instaura *un aumento della pressione arteriosa*, quasi sempre associato ad una *elevazione più o meno spiccata dell'indice oscillometrico*. L'ipertensione senile è a carico sia della pressione massima che della minima, ma quest'ultima cresce proporzionalmente meno della prima, sicchè ne risulta un aumento della pressione differenziale. La buona conservazione dell'indice oscillometrico e la relativa bassezza della minima fanno escludere l'intervento attivo del fattore ma-

crovasale aterosclerotico sulla genesi dell'ipertensione senile: le ricerche dell'A. mostrano invece l'esistenza di una turba del circolo periferico inerente ad alterazioni insite nel distretto microvasale.

La ricerca angiodilatometrica denunzia che l'arto senile con la stasi si dilata in misura relativamente modesta e soprattutto è deficiente la componente microvasale. Inoltre nei vecchi i capillari si presentano in gran numero deviati per forma e grandezza dai tipi comuni giovanili, essendo più spesso che di norma bitorzoluti, tortuosi, ristretti o dilatati· presentano scarsa reattività agli stimoli, una esagerata fragilità e una corrente lenta e granulosa.

L'A. ritiene che dal complesso dei risultati ottenuti venga convalidata l'interpretazione capillaropatica della senescenza. F. TOSTI.

VARIA

Biotipologia femminile.

Martin Gomes (*Anais da Faculdade de medic. de Porto Alegre*, luglio-settembre 1938) dopo alcune considerazioni generali sui rapporti fra aspetto morfologico, temperamento e carattere, passa in rassegna e critica le varie classificazioni di Kreshmer, De Giovanni, Viola, Sigaud e Mc Auliff. Si sofferma poi in modo particolare sulle classificazioni riguardanti le donne fatte dal Mathes, dal Glasner, dal Marañon e dal Pende.

Secondo il Gomes bisognerebbe trovare delle basi morfologiche solide in rapporto coi tipi psicologici, perchè nella donna quel che più interessa è la sua personalità. Egli ammette tipi concepiti soltanto secondo forme particolari della vita, cioè ammette l'interrelazione dei fenomeni vitali e spirituali. Per giungere a questa classificazione bisogna ammettere delle direttrici generali: l'introversione, l'estroversione, il ciclotismo e lo schizotismo, l'astenia e l'estenia, la scelta delle idee, ecc.

L'analisi onirica dimostra la persistenza d'idee subcoscienti durante i sogni. Poichè durante i sogni si assiste alla realizzazione di progetti non si possono ammettere le norme dettate dalla psicanalisi ortodossa.

Condizione caratteristica di un tipo femminile deve essere qualche cosa che persista anche nello stato di malattia. Per questo il Gomes ammette tre gruppi di tendenze morbose: il primo a tendenza macrosomica (p. e. gigantismo), il secondo a tendenza microsomica (p. e. nanismo) e il terzo a tendenza bisessuale (p. e. pseudoermafroditismo). Ci sono poi due principi che permettono di caratterizzare i vari tipi: quello della malattia (quindi donne anormali, subnormali e sane) e la nozione delle tre tendenze suindicate (eccesso, difetto e bisessualità).

Quindi:

A) *Donne anormali, displasiche*: per eccesso, per difetto e per bisessualità.

B) *Donne subnormali*: per eccesso (*atletiche*) per difetto (*ipoplasiche*), per bisessualità subnormale (*intersessuali*).

C) *Donne normali*: *ipofemminili* (se la differenziazione è moderata) e *iperfemminili* (se è intensa).

Le iperfemminili possono essere *brachitipe* o *longitipe*. Le longitipe possono essere divise in tre sottogruppi: *leptoptosiche, asteniche, esteniche*.

Per conoscere bene un tipo femminile è necessario seguire un metodo di misurazione. Le misurazioni date dai vari autori non corrispondono con esattezza al tipo di maternità e femminilità. Il Gomes per questo ha stabilito delle medie, seguendo le quali afferma di avere nozioni più esatte. L.

FORMULARIO.

Nelle flatulenze gastriche.

L. Pron consiglia:

Solfato di sodio secco
Fosfato di sodio secco
Bromuro di sodio ana g. 2,50
Acqua distillata cmc. 250

S. Un cucchiaio dopo ogni pasto.

Oppure:

Tintura di belladonna cmc. 5
» colombo
» condurango ana cmc. 10
» giusquiamo cmc. 3

S. XX gocce in un quarto di bicchiere di acqua, all'inizio dei pasti.

Tali gocce possono essere somministrate tanto agli iper- che agli ipocloridrici.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

A. NICEFORO. *Brevilineo o longilineo*. Tip. Leonardo da Vinci, Città di Castello, 1938.

R. GESTRI. *Le enterocoliti dei bambini al mare*. Congresso Naz. Idroclimatologia, 1937.

ID. *Piorrea alveolare e zolfoterapia*. Tip. F.lli Pallotta, Roma, 1938.

A. CABITZA. *Contributo allo studio dell'etiopatogenesi e del trattamento chirurgico della paralisi ischemica di Volkmann*. Ind. Grafiche Sosteni, Venezia, 1938.

A. BELLOMO. *Esperienze cliniche sul trattamento delle ulceri gastriche e duodenali e delle gastriti iperclorídriche con iniezioni endovenose di bromo e atropina*. Ediz. Minerva Medica, Torino, 1938.

L. F. RAFFO e G. RAMORINO. *Resoconto sull'attività dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi*. Arti Grafiche Bozzo & Coccarello, Genova, 1938.

A. SALMON. *Le role du système sympatique dans la physiopatologie de la douleur*. Masson & C., Paris, 1938

NELLA VITA PROFESSIONALE.

PROBLEMI CULTURALI

Finalità della Scuola Clinico-Ospedaliera e riforma degli studi medici.

Il senatore prof. Nicola Pende il 1° maggio u. s. ha inaugurato i corsi della Scuola Medica Clinico-Ospedaliera di Roma con una prolusione, in cui ha trattato dei rapporti tra cliniche ed ospedali, auspicandoli sempre più intimi ai fini del migliore addestramento professionale dei medici.

La scuola medico-ospedaliera — egli ha detto — colma una lacuna della preparazione dei neo-dottori ai cimenti della diagnosi e della terapia, cimenti ai quali circa l'80 % dei laureati e degli abilitati all'esercizio della medicina non sono adeguatamente allenati. Essi affrontano la professione in uno stato di disorientamento o di incompetenza che li rende incapaci ad assolvere razionalmente il loro compito, sopra tutto nel campo della terapia. Sono incompetenti, ad es., a dosare opportunamente la digitale ad un malato di cuore, il chinino al malarico, l'insulina al diabetico; non conoscono le precise indicazioni di un salasso, un'iniezione endovenosa, una puntura lombare, nè sanno praticarli; non sanno eseguire i piccoli atti operativi di urgenza.

La Scuola Medica Clinica-Ospedaliera costituisce un'integrazione del curricolo universitario, con corsi consistenti essenzialmente in esercitazioni di diagnosi e di terapia, i punti cardinali della preparazione pratica del medico, il fine ultimo di tutta la cultura teorica e tecnica del medico.

All'insegnante cattedratico che è analitico e lento, che si attarda nei molteplici, e spesso oziosi e lussuosi, mezzi del laboratorio, la Scuola Clinico-Ospedaliera appone un metodo sintetico e rapido. Essa intende educare i neomedici nei criteri diagnostici più sicuri e più a portata di mano, che conducono all'accertamento sia dell'entità morbosa sia della natura della malattia, addestrandosi sopratutto mediante esercitazioni pratiche individuali nelle cure più moderne.

Con ciò non si vuol creare una specie di medico di seconda qualità: il medico che si comporta di fronte al malato con metodo pratico-ospedaliero, cioè sintetico e rapido, non è inferiore al medico che medita sulle storie cliniche prolisse, analitiche dei malati degenti nelle cliniche universitarie. Si tratta di due categorie che hanno la medesima dignità, e che si completano ai fini prevalenti delle esigenze collettive.

L'istituzione della Scuola Medica Clinico-Ospedaliera vuole avere il significato di annullare i perniciosi antagonismi tra cliniche e ospedali, vuole indicare la necessità che l'indirizzo formativo scientifico-analitico delle cliniche e quello ospedaliero pratico-empirico-applicativo si completino.

Forse è venuto il giorno che anche per la medicina, come per l'ingegneria e l'architettura, vi sia una Facoltà universitaria con corsi della durata di quattro anni ed una Scuola di applicazione della durata di due o più anni, ove i giovani trovino nei maestri delle cliniche generali e speciali i veri allenatori o addestratori nell'arte di diagnosticare e di curare.

Ma fino a quando ciò non sarà raggiunto, fino a quando le cliniche universitarie non avranno un numero di letti tale da consentire che lo studente prenda realmente in cura i malati, faccia qualche piccolo atto operativo, l'ausilio dell'ospedale è indispensabile.

Allo stato dei fatti la Scuola Medico Clinico-Ospedaliera colma le deficienze, ossia gli inconvenienti dell'attuale sistema universitario.

Si potrà così apprestare allo Stato Fascista il medico compiuto per tutte le esigenze della Nazione in pace ed in guerra: la falange dei medici condotti e dei medici pratici che sappiano tutelare dagli agenti distruttivi la potenza produttiva dei lavoratori, la potenza riproduttiva della stirpe, la potenza spirituale della Nazione.

La scuola preparatrice dei medici deve rispondere al precetto del Duce: aderire alla vita del Regime.

Il medico fascista deve essere concreto, atto a preservare il materiale umano sano, forte, produttivo e riproduttivo. Solo così potrà corrispondere all'imperativo mussoliniano di custodire l'impero ed il primato della potenza biologica della Nazione.

d.

SERVIZI IGIENICO-ASSISTENZIALI

L'organizzazione della difesa sanitaria nell'Africa Italiana.

Al Senato del Regno, discutendosi il bilancio dell'Africa Italiana, il sottosegretario Teruzzi ha dichiarato, tra l'altro:

« Le maggiori cure si sono avute per l'organizzazione della difesa sanitaria: ormai si può essere tranquilli per la salute della nostra popolazione dislocata in Africa Orientale. Tale perfetta organizzazione è stata conseguita in un breve giro di tempo. Il servizio della difesa sanitaria è stato organizzato sia per prevenire il sorgere di malattie infettive, sia per evitare che tali malattie possano essere importate nel Regno dalle persone che tornano in Patria dall'Africa Orientale.

Si può con soddisfazione affermare che la lotta contro le malattie coloniali si conduce anche nei più piccoli centri. Ovunque si trovano attrezzatissimi impianti sanitari che impediscono il divulgarsi delle malattie nel territorio africano e l'importazione di infezioni nel Regno. Addetti a

questa opera importantissima ci sono nell'Impero ben 880 medici, fra militari e civili, che meritano ogni elogio; 25 ospedali, fra principali e secondari, e infiniti posti di medicazione. Si può quindi essere fieri per quanto è stato fatto nell'Impero nel campo sanitario ».

MEDICINA SOCIALE

La riforma della previdenza sociale.

Le Commissioni della Camera dei Fasci e delle Corporazioni per il bilancio, per l'industria e per l'agricoltura, riunite sotto la Presidenza di Costanzo Ciano e con l'intervento del Sottosegretario alle Corporazioni Ricci, hanno approvato, dopo ampia discussione, il disegno di legge per la conversione in legge del R. D. L. 14 aprile 1939, n. 636, sulla riforma della previdenza sociale, introducendo alcuni perfezionamenti formali e sostanziali in base a proposte concordate fra i relatori ed il Ministero delle Corporazioni, sentito l'Istituto della Previdenza Sociale e in base a proposte di iniziativa di alcuni Consiglieri nazionali accettate dal rappresentante del Governo.

Con questi perfezionamenti, e con quelli ulteriori che saranno introdotti col provvedimento di integrazione e coordinamento in corso di elaborazione, la riforma della previdenza sociale darà ai lavoratori italiani quella più ampia tutela che era alla base dei provvedimento voluto dal Duce a celebrazione del Ventennale della Fondazione dei Fasci di Combattimento.

Norme per la campagna di mietitura.

Il « Foglio di Disposizioni » n. 1330 del Segretario del Partito reca le norme per la campagna di mietitura dell'anno XVII; tra l'altro è stabilito:

I fanciulli minori degli anni 14 non potranno essere iscritti agli Uffici di collocamento, nè essere avviati al lavoro.

I lavoratori beneficieranno dell'assicurazione sulla vita, stipulata dalla Confederazione Fascista dei lavoratori agricoli con l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, per la copertura di infortuni non indennizzabili ai sensi delle vigenti norme di legge.

Durante le ispezioni dovrà essere controllato se i lavoratori sono muniti di cappello di paglia e se nelle zone malariche, viene regolarmente distribuito il chinino.

Previdenza infortunistica durante la trebbiatura.

L'Ente Nazionale di Propaganda per la prevenzione degli infortuni, d'accordo con la Federazione Nazionale Fascista degli industriali mugnai, pastai, risieri e trebbiatori, terrà prossimamente un ciclo di conferenze nei capoluoghi delle principali provincie granarie, allo scopo di diffondere le norme di sicurezza che debbono essere osservate dai lavoratori durante la trebbiatura, per preservarsi dagli infortuni.

Come è noto, nel breve tempo della trebbiatura si verificano ogni anno frequenti disgrazie, talvolta gravi; questa propaganda tende appunto a richiamare l'attenzione degli industriali e dei lavoratori su tale fenomeno infortunistico, in modo che siano messi in opera tutti gli accorgimenti atti a garantire la massima sicurezza del lavoro.

CONCORSI.

Posti vacanti.

BRESCIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso pubblico, per titoli e per esami, a due posti di medico direttore di sezione dispensariale. Scadenza 31 luglio 1939. Chiedere il bando di concorso alla Segreteria del Consorzio in Palazzo Broletto - BRESCIA.

COMO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico dirigente di Dispensario; titoli ed esami, L. 13.500 e 6 trienni dec.; indenn. trasferta (per il 1939 L. 500 mensili); nomine e conferme quinquennali; età limite 40 a. Scad. ore 18 del 30 giugno. Chiedere annunzio.

DESIO (Milano). *Ospedale di Circolo.* — È aperto il concorso al posto di assistente medico nell'ospedale qui sopra menzionato. Stipendio annuo lordo L. 4000, più vitto e alloggio. Età massima anni 30. Chiusura del concorso ore dodici del giorno 10 giugno 1939. Per informazioni rivolgersi all'Amministrazione dell'Ospedale.

FORLÌ. *Ospedali e Orfanotrofio raggruppati.* — Odontoiatra presso l'ambulatorio dell'Ospedale G. B. Morgagni; soli titoli; L. 3000 lorde annue; compartecipazione 50 % sugli onorari corrisposti dagli abbienti; età limite 45 a. Scad. 9 giugno.

POTENZA. *Consorzio prov. antituberc.* — Medico aiuto del dispensario prov.; titoli ed esami; lire 13.000 e 2 quinquenni dec.; abilitaz. all'esercizio da almeno due anni. Scad. 26 giugno, ore 18. Rivolgersi alla Segreteria, via Roma 2.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni* (Ferrovie dello Stato). — Concorsi per titoli ai seguenti posti di Medico di Riparto: Fano I, Istonio, Pescara IV (Ancona): Bari II, Bari III, Bari IV (Bari); Piacenza I, S. Pietro in Casale (Bologna); Cagliari II, Cagliari V, Pabillonis (Cagliari); Catania I (Catania); Firenze VII, Firenze VIII, Firenze IX, Firenze X, Firenze XII, Firenze XIV, Peretola (Firenze); Campomarino (Foggia); Spotorno (Genova); Calalziocorte, Milano VIII, Milano XII (Milano); Trapani II (Palermo); Civitavecchia II, Roma I, Roma IV, Roma X, Roma XVII. Roma XXI, Roma XXIV, Roma XXV, Talamone, Vairano Caianello I (Roma); Collegno, Torino III, Torino XII (Torino); Villabassa (Trento); Trieste II, Trieste IV, Udine I (Trieste); Mogliano Veneto, Calalzo Pieve di Cadore, Venezia IV, Venezia Mestre II (Venezia).

Inviare domanda e richiedere informazioni ai rispettivi Ispettorati Sanitari (indicati fra parentesi). Scadenza ore 17 del 30 giugno 1939-XVII.

SONDRIO. — È aperto pubblico concorso, per titoli, al posto di Medico Primario presso l'ospedale Psichiatrico Provinciale di Sondrio. Stipendio: annue L. 11.000, indennità di servizio attivo di L. 3000, l'indennità caro-viveri, oltre l'alloggio gratuito. Trattenute ed aumenti di legge. Scadenza ore dodici del 31 agosto 1939. Richiedere spiegazioni alla Segreteria generale della Provincia di Sondrio.

TRIESTE. *Ospedali Riuniti Regina Elena, S. Maria Maddalena e Amici dell'Infanzia.* — Un posto di primario nel reparto infettivi e un posto di primario nel reparto di tubercolosi dell'Ospedale di S. Maria Maddalena in Trieste. Concorso per titoli ed esami scadente il 20 giugno 1939-XVII, ore 12. Stipendio annuo L. 8000, con due aumenti quin-

quennali di annue lire 2000 ciascuno. Aggiunta di famiglia, se dovuta, in L. 1140 (L. 1020 dopo il secondo quinquennio). Ad uno dei due titolari possono essere affidate dal Consiglio di amministrazione le funzioni di direttore sanitario dell'Ospedale, con l'aggiunta di funzioni di L. 6000 annue, non computabile nella pensione. Chiarimenti e richiesta del bando di concorso alla direzione dell'Ospedale Regina Elena in Trieste.

RR. Prefetture.

Proroga della presentazione dei documenti per i concorsi sanitari.

In esecuzione delle disposizioni impartite dal Ministero dell'Interno, Direzione generale di sanità pubblica, si avverte che il termine per la presentazione delle istanze per l'ammissione ai concorsi sanitari condotti indetti a suo tempo dalle RR. Prefetture, è stato prorogato a tutto il 20 agosto p. v.

In conseguenza di ciò gli interessati dovranno presentare, entro il termine predetto, le domande corredate dai prescritti documenti.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il premio Bilancioni per lavori di oto-rino-laringoiatria è stato assegnato al prof. Vincenzo Tanturri di Milano per la monografia: « Sull'istogenesi e sulla patogenesi della tubercolosi laringea ».

L'anno scorso fu istituita, nell'Università di Tartu (Estonia), la cattedra di eugenica; ora ad essa è stato chiamato il prof. M. H. Madissoon.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

Il 10° Congresso internazionale di medicina e farmacia militari si è svolto a Washington, dal 6 al 15 maggio, sotto la presidenza del gen. med. Charles R. Reynolds, direttore della sanità militare negli Stati Uniti.

Erano rappresentate una quarantina di Nazioni; le delegazioni della Francia, Germania, Inghilterra, Italia e Polonia avevano alla testa il direttore dei servizi sanitari militari del loro paese.

I lavori riguardarono i temi: 1) Organizzazione dei servizi sanitari nelle spedizioni coloniali; 2) Probabilità delle perdite e metodi per calcolarle; 3) Procedimenti pratici per l'anestesia e l'analgesia nella chirurgia di guerra; 4) Organizzazione e funzionamento del servizio chimico-farmaceutico in guerra; 5) Pronto soccorso; 6) Specializzazione nei servizi sanitari; 7) Ossigenoterapia e suo impiego pratico.

Particolare importanza è stata attribuita al primo tema, sul quale hanno presentato relazioni, per l'Italia, il magg. gen. Gregorio Gelonesi e il ten. col. Ugo Reitano.

La 15ª riunione della Società farmacologica tedesca era stata indetta a Colonia, dal 5 all'8 settembre; ma, in ragione delle manifestazioni del Partito, è stata spostata ai giorni 12-15 settembre.

La Società fisiologica tedesca si adunerà dal 14 al 16 settembre in Monaco, sotto la presidenza del prof. Broemser; il 13 sera vi sarà una riunione preliminare. Per informazioni rivolgersi al presidente della Società, prof. Knoop, Tübingen; oppure al prof. Achelis, Heidelberg.

Ricordiamo che la 18ª sessione delle « Giornate mediche di Bruxelles » si svolgerà quest'anno, eccezionalmente, a Liegi, dal 24 al 28 giugno. Tra i conferenzieri sarà il prof. Pietro Sisto, di Torino, che tratterà il tema: « L'insufficienza circolatoria nell'ipertiroidismo ». Segretario generale: Dr. R. Beckers, rue Belliard 141, Bruxelles.

Dal 24 al 28 giugno si terranno in Liegi le Giornate di Cancerologia, sotto l'alto patronato della Regina Elisabetta e sotto gli auspici dell'Unione internazionale contro il cancro; avranno un programma scientifico. Rivolgersi all'organizzatore, Dr. Reding, Hôpital Brugmann, Bruxelles, Belgio. Quota: 50 franchi belgi; compreso il volume degli atti: 150 franchi belgi (oppure, rispettivamente, 10 « belga » e 30 « belga »).

La Lega francese contro il cancro si è adunata il 16 maggio, nei locali della Facoltà di medicina di Parigi. Il segretario generale, R. Le Bert, lesse la relazione sull'esercizio 1938; la sig.ra Gernez riferì sull'attività del Comitato femminile; il prof. H. Hartmann tenne la relazione sull'assegnamento del premio « Amerongen », di 100.000 franchi, il quale è stato conferito al prof. A. Roffo di Buenos Aires, per i suoi studi sul compito del colesterolo irradiato nella genesi del cancro, studi che si aggiungono ad altri dello stesso autore. Il Roffo non era presente; era intervenuto l'ambasciatore della Repubblica Argentina. Il Roffo ha destinato la somma attribuitagli, allo scambio culturale di medici tra la Francia e l'Argentina. Il dott. Poney, di Montevideo, ha donato alla Lega la somma di 10.000 franchi.

Un congresso internazionale d'igiene scolastica, in lingua francese, è indetto a Lilla l'1 e il 2 luglio.

L'Associazione francese per il progresso delle Scienze si adunerà a Liegi (in occasione dell'Esposizione internazionale dell'acqua). La 13ª Sezione, riguardante l'elettrologia e la radiologia medica, si adunerà dal 17 al 22 luglio; segretario: Dr. L. Mean, place de Bronckart 5, Liége, Belgio.

Il 3° Congresso pan-indiano di ostetricia e ginecologia si terrà a Calcutta in dicembre. Temi principali: Anemia della gravidanza; Emorragie uterine funzionali; Tutela della maternità e dell'infanzia. Segretario: Dr. S. Mitra, Chowringhee Terrace 3, Calcutta.

La « Società belga di traumatologia e delle malattie professionali » organizza — nel quadro delle « Giornate mediche » indette quest'anno a Liegi — delle Giornate straordinarie dal 25 al 27 giugno. Verranno discussi i temi: La vaccinazione antitetanica (relatore: L. Bazy di Parigi); La sindrome post-commozionale (relatori: Oljenick di Amsterdam e Van Gehuchten di Lovanio); Le dermatosi professionali (relatore: Barthélemy di Parigi).

Il 10 maggio si è tenuta a Parigi una delle « Riunioni medico-chirurgiche di morfologia ». La prossima riunione è indetta per il 14 giugno (ore 21, anfiteatro della Scuola d'antropologia, rue de l'Ecole de Médecine 15). Rivolgersi al dott. Claoué, rue Scheffer 39, Paris XVIe.

La 19ª adunanza della Società tedesca dei medici oto-rino-laringologi si è tenuta a Vienna dal 25 al 27 maggio. In tale occasione la « Wiener Klinische Wochenschrift » ha pubblicato un numero speciale (in data 19 maggio).

Si è tenuto a Wiesbaden il Congresso che la Federazione germanica dei medici omeopatici ha indetto in occasione del 100° anniversario della sua fondazione.

Su invito del Comitato, hanno partecipato anche i medici omeopatici della Francia, Inghilterra, Svizzera, Olanda e Italia.

La presenza del rappresentante italiano, nella persona del dott. Gaetano Gagliardi di Roma, che ha portato il saluto dei camerati del Sindacato medico fascista ed ha discusso importanti argomenti clinici, ha dato luogo ad una cordiale manifestazione di amicizia italo-tedesca. Nell'occasione, il presidente del Congresso ha rimesso al dott. Gagliardi il diploma di Socio d'onore della Federazione dei medici omeopatici del Reich.

Viaggio alle Terme d'Italia.

Il Sindacato nazionale fascista dei medici ha organizzato un viaggio alle Terme d'Italia, dal 25 al 29 giugno; itinerario: Bologna, Porretta Terme, Montecatini Terme, Bagni di Casciana, Chianciano, La Fretta, Castrocaro, Riolo Bagni, Bologna; quota lire 150, tutto compreso, da corrispondere improrogabilmente non oltre il 10 giugno. Rivolgersi al Sindacato, via Toscana 5, Roma; oppure alla Direzione generale della C.I.T., piazza dell'Esedra, Roma.

Il viaggio verrà compiuto in lussuosi torpedoni; l'ospitalità sarà offerta dalle Terme visitate.

Ospedale sanatoriale a Tripoli.

Il Governatore generale della Libia, maresciallo Balbo, ha inaugurato a Tripoli l'ospedale sanatoriale « Generale Caneva » dell'Istituto Nazionale Fascista Previdenza Sociale che si trova in ridente località, fuori porta Benito, ricca di pini e di altre piante. Il sanatorio, capace di 224 posti letto, è un'imponente costruzione di 90.000 metri cubi che copre un'area di 5000 metri quadrati divisa in tre reparti distinti per cittadini metropolitani, cittadini mussulmani e sudditi israeliti. Il magnifico edificio è dotato di ogni moderno impianto ed offre tutte le possibilità di cure e soggiorno sereno in accogliente ambiente. Impianti radiofonici e cinematografici assicurano liete ore di svago ai ricoverati.

Il padiglione medico all'Esposizione di New York.

All'Esposizione internazionale di New York la medicina occupa uno dei padiglioni più vasti; esso è costato 1,5 milioni di dollari (30 milioni di lire italiane); è diviso in tre sezioni: fisiologia, scienza medica e sanità pubblica. Nella prima sezione si ammira dal pubblico la riproduzione di un uomo dell'altezza di m. 5,5, con cuore pulsante, i rumori del quale si diffondono in tutto l'edifizio; nonchè uno « scheletro parlante », che spiega come agiscono gli organi di movimento. Si notano un ospedale in funzione, un reparto di stomatologia, che comprende un vasto materiale, dallo sviluppo dei denti all'igiene ed alle cure, ecc. Si ha in progetto di conservare il grandioso padiglione, come « museo permanente della salute ».

Corpo sanitario per l'assistenza all'infanzia in Albania.

È partito per l'Albania un Corpo sanitario designato dal Segretario del Partito Comandante generale della G.I.L. per l'assistenza all'infanzia.

Il Corpo sanitario, fornito in gran parte dall'Istituto superiore di odontoiatria « George Eastman », e diretto dal prof. Amedeo Perna, direttore dell'Istituto stesso, risulta composto di circa quaranta persone fra cui 23 specialisti in odontoiatria, oltre a personale ausiliario vario fra cui suore e infermieri. La missione che porta con sè dieci quintali di materiale sanitario e tre autoambulanze, completamente attrezzate, da dislocare nei centri minori dell'Albania, provvederà ad impiantare a Tirana un Centro permanente di profilassi e di terapia odontoiatrica e antiadenoidea, e costituirà con il personale rimanente dieci gruppi autonomi ciascuno dei quali, dotato di materiale sanitario al completo, potrà portare la sua opera in tutte le località in cui questa si renda necessaria.

Anche in questo importante settore di attività il partito compirà così, secondo gli ordini del Duce, la sua missione di civiltà e di assistenza sociale.

Per la regolamentazione della professione medica in Polonia.

La « Camera medica centrale » della Polonia ha inoltrato al Ministero dell'assistenza sociale un memoriale, in cui propone che vengano istituite, a favore degli studenti di medicina, delle borse di studio, rimborsabili durante l'attività professionale; si chiede inoltre che i medici neo-laurea-

ti, i quali, secondo la legge 30 luglio 1938, devono esercitare obbligatoriamente almeno per 5 anni in un comune rurale od in una città che non superi i 5000 abitanti, possano avere delle sovvenzioni, che facilitino loro l'installazione, che essi siano esonerati dalle imposte statali e comunali.

L'« Associazione dei giovani medici interni » della Polonia ha inoltrato un memoriale alle autorità municipali; vi si chiede un aumento dei posti retribuiti di medici interni (che compiono pratica ospedaliera), un elevamento delle retribuzioni, il diritto alle cure mediche in caso di malattia e la regolamentazione delle ore di lavoro.

L'Australia abolisce le assicurazioni sociali.

Il Governo dell'Australia ha recentemente deciso di abolire tutto il sistema di assicurazioni malattia, disoccupazione, ecc. Il motivo con cui si giustifica questa decisione, è il timore che le assicurazioni costituiscano un peso economico troppo forte, specie nell'attuale grave aumento di spese incontrate per la difesa del paese. Inoltre le assicurazioni, si dice, sono assai impopolari nella regione, e il loro mantenimento contro la volontà delle popolazioni si ritiene possa portare gravi conseguenze dal punto di vista politico.

Azioni giudiziarie.

Nel settembre dell'anno scorso, l'autista Rodolfo Proietti investiva in Roma, con la sua macchina un passante, tale Giovanni Pala, che fu immediatamente portato all'ospedale di S. Giacomo in stato grave e tenuto sotto osservazione. L'autista fu tratto in arresto. Il fratello di costui preoccupato per la sorte del detenuto e desideroso di vederlo quanto prima tornare a casa, pensò di recarsi dal dott. Musumeci Roberto medico-chirurgo dell'ospedale di S. Giacomo, che aveva in cura il ferito Pala Giovanni, e di offrirgli una somma affinchè dichiarasse non più in osservazione il detto degente.

Il dottore avanzò denunzia per corruzione all'autorità giudiziaria. Il Proietti è comparso dinanzi al Tribunale che non si è convinto della sua responsabilità e lo ha mandato assolto.

Un po' dovunque.

Promossa dall'Associazione fascista della scuola media si è svolta a Firenze, nel Salone dei Cinquecento, la sagra della natalità, presente la Principessa di Piemonte. Questa ha poi visitato la Mostra di 150 lettini e culle completamente corredati da distribuire a famiglie indigenti, alcuni messi a disposizione del Ministero dell'Educazione Nazionale per essere distribuiti a madri albanesi.

La Commissione Legislativa della Educazione Nazionale, presieduta dal cons. Biagio Pace, ha in una recente riunione a Montecitorio, approvato il disegno di legge per l'istituzione di un posto di professore per l'insegnamento della tecnica delle operazioni chirurgiche presso l'Università di Milano.

Un corso di clinica oto-rino-laringologica è organizzato a Bordeaux, sotto la direzione del prof. Portmann, dal 3 al 15 luglio; tassa d'iscrizione fr. 300; le iscrizioni si ricevono alla segreteria della facoltà di medicina.

Per iniziativa della S. I. M. ha avuto luogo a Roma una conferenza del prof. Diego D'Amico, docente di clinica oculistica, su « L'occhio fascinatore ». L'oratore ha parlato dei fattori anatomici e fisiologici che contribuiscono a dare all'occhio l'espressione propria di ciascun individuo. Ha poi illustrato il concetto che l'occhio rappresenta l'endoscopio ed il periscopio dell'organismo e sopratutto del sistema nervoso centrale ed ha avanzato l'ipotesi che dall'occhio emanino onde elettromagnetiche cerebrali.

L'avv. A. Scacchieri ha legato, morendo, mezzo milione di lire all'Ospedale Balduzzi di Castelnuovo Scrivia (Alessandria).

Si è deliberato di fondare un Istituto di eugenica nell'Università di Tartu, capitale dell'Estonia.

Il ministro dell'interno dell'Ungheria ha organizzato l'amministrazione sanitaria nei nuovi territori annessi, ove ha istituito due nuove Camere mediche, a Kassa ed a Ersekujvar.

Il 21 maggio si è inaugurato a Tannenberg un monumento alla memoria dei medici tedeschi caduti in guerra.

In occasione della grandiosa adunata femminile di Roma, le maestranze femminili delle fabbriche di Deruta e Perugia hanno messo a disposizione del Sindacato Nazionale Ostetriche un certo numero di tazze da parto perchè siano offerte alle puerpere della Clinica Ostetrica di Roma.

L'offerta rinnova un'antica e gentile usanza cinquecentesca. Le tazze di Deruta e di Perugia riproducono i modelli originali del 1548, riesumati nello scorso ottobre. L'episodio illustra uno degli aspetti del cameratismo della fervida atmosfera in cui si è svolta l'adunata.

La bambina cinquenne Olga Jeremio, di Zemun (Jugoslavia), colpita da paralisi agli arti inferiori, è stata, per interessamento del padre, che si è rivolto al Duce, fatta venire in Italia e curata per 14 mesi e poi riportata in patria da un apparecchio dell'Ala Littoria. Ora ella può reggersi in piedi e camminare.

A Londra alcuni medici sono stati vittime di false clienti, le quali, appena spogliatesi per la visita, cominciavano a gridare chiedendo aiuto per un presunto attentato al loro pudore; un finto marito irrompeva dalla sala d'aspetto e il medico, intimidito dalla minaccia di scandalo, preferiva pagare.

Il dott. Dafoe è stato querelato dal padre delle sorelle Dionne, per diffamazione, poichè in un banchetto per la sua ammissione a un circolo, egli ha fatto delle esibizioni poco serie, che getterebbero discredito sulle piccine.

È deceduto presso Myrdal (Norvegia) il dott. Magnus, il quale due volte era stato creduto morto, per paralisi cardiaca: la prima volta appena laureato, a 26 anni, e poi a distanza di una ventina d'anni.

Si è spento a Nancy, in età di 78 anni il prof. Adolphe Nicolas, che insegnò anatomia a Nancy ed a Parigi. Aveva cooperato con Poirier e de Charpy al « Trattato di anatomia umana », che poi egli ha pubblicato in nuova edizione, sotto la propria direzione. Ha fondato la « Bibliografia anatomica » unitamente a Leguesse. Ha organizzato l'« Associazione degli anatomici di lingua francese ».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Nuova Med. Ital., dic. — A. LAURI. Controindicazioni alla trasfus. di s.

Med. Welt., 28 genn. — Terapia ormonica. Terapia vitaminica.

Presse Méd., 28 genn. — P. ABRAMI e al. Tentativi di trattam. dell'ipertensione con rivascolarizzazione renale (nefro-omentopessia).

Rif. Med., 21 genn. — G. PIZZILLO. Semeiologia fisica della tiroide.

Rev. de Chir., genn. — KAFKA. Osteomielite cron. con recidive e metastasi.

Acta Med. Scand., III. — K. G. von KAIJSER. La masticereaz. nella poliomielite a. a. — N. I. NISSEN. Sieroterapia della polmonite. — W. KERPPOLA. Ittero.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., febbr. — H. STAUSS. Azioni cliniche collaterali dell'atebrina e della plasmochina.

Med. Klin., 27 genn. — O. SCHEDTLER. Stato d'animo nella tbc. — H. STEFAN. Disturbi funzionali genitali.

Pediatr., genn. — F. PONTIERI. Patogenesi delle bronchiectasie acquisite.

Wien. Klin. Woch., 3 febbr. — G. WACHSUER. Radioterapia delle malattie polmonari.

Presse Méd., 1 febbr. — J. BRAINE e C. GOURY. Gli accidenti da ski.

Münch. Med. Woch., 3 febbr. — F. KÖNIES. Cura medica delle ferite da infortuni. — K. LEONARD. Colpo di sole in alta montagna.

Practitioner, febbr. — L'ostetricia nella pratica corrente.

Giorn. di Batter. e Immun., genn. — C. BRACCI TORSI e N. CIAMPI. Portatori di bacilli difterici. — A. SANEDDU e A. AROMANDO. Immunità locale. — M. MAZZEO e F. LO PORTO. Controllo del latte.

Paris Méd., 4 febbr. — Elettro-radiologia.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 12 Giugno 1939 - XVII Num. 24

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

PADIGLIONE FLAJANI
DELL'OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA

Sulla tiroidectomia totale per angina di petto e per scompenso cardiaco.

Dott. ANGELO CHIASSERINI
chirurgo primario degli Ospedali di Roma

Da quando nei primi mesi del 1935 pubblicai nella Sez. Pratica del *Policlinico*, indi comunicai alla Società Emiliano-Romagnola di Chirurgia il mio primo caso di tiroidectomia totale (t. t.) eseguita su di un malato sofferente di angina di petto, mi sono più volte chiesto, se non sarebbe stato opportuno di rendere noti anche i casi, che fossero successivamente capitati alla mia osservazione.

E confesso che sono rimasto sempre molto incerto, nonostante che in altre nazioni, e non solamente in America, le pubblicazioni su questo argomento si succedessero abbastanza frequentemente, e il campo della discussione si allargasse e si approfondisse.

La mia perplessità è derivata dal fatto che l'argomento della t. t. nell'angina di petto e nello scompenso cardiaco rappresenta un problema eminentemente medico-chirurgico, e, come tale, ha bisogno di una stretta collaborazione medico-chirurgica, per essere convenientemente trattato.

D'altra parte non mi sembrava giusto che presso di noi si continuasse a tacere su di un argomento che è certamente di grande importanza, o vi si accennasse solo incidentalmente, come in recenti lavori di Antonucci e di Sebastiani; e si lasciasse che i nostri medici pratici traessero le loro opinioni da riviste sintetiche e da giudizi fondati solo sulla esperienza altrui.

Lo scorso anno feci una comunicazione all'Accademia Lancisiana, sede, che certamente

si sarebbe prestata per una utile discussione. Ma, per una ragione o per un'altra, una discussione ampia non ebbe luogo.

Ho perciò preso il coraggio a due mani, e mi sono deciso a scrivere questo articolo, sia per rendere noti i nostri risultati, sia con la speranza che altri colleghi, medici e chirurgi, possano portare il loro contributo d'esperienza e di giudizio.

È cosa ben nota che la proposta di asportare totalmente la tiroide, in casi ribelli di angina di petto e di gravi scompensi cardiaci congestizi, risale ad un gruppo di studiosi americani (Blumgart, Levine, Berlin) e che tale intervento fu praticato per la prima volta da Cutler e Schnitker verso la fine del 1932.

Già nella seconda metà del 1934 questi AA. potevano riferire su di un totale di 104 t. t., delle quali 50 per scompenso cardiaco e 54 per angina di petto. E fu proprio la lettura dei resoconti di queste comunicazioni, che, nell'ottobre 1934, mi indusse a parlare della cosa al collega prof. Sebastiani, col quale fu deciso che anche noi avremmo provato il metodo, che agli AA. americani sembrava aver dato dei risultati abbastanza promettenti.

Il prof. Sebastiani ci inviò i primi casi nei primi mesi del 1935.

Da allora a tutt'oggi io ho avuto occasione di eseguire 11 tiroidectomie totali, delle quali 2 per angina di petto e 9 per scompenso cardiaco grave. Di questi 11 malati 6 ci furono inviati dal prof. Sebastiani, 2 dal prof. Paterni, mentre 3, rivoltisi direttamente a me, furono osservati, prima e dopo l'intervento, dal prof. Sebastiani.

Di 8 di questi pazienti esiste una serie completa di ricerche eseguite dai sopraddetti colleghi, mentre meno completi sono i dati funzionali negli altri 3 casi.

Non mi pare questo il luogo opportuno, per discutere le basi fisio-patologiche, che sembrano giustificare la t. t. nello scompenso cardiaco e nell'angina di petto. Esse sono del resto ben note, e furono riassunte anche da me nelle pubblicazioni sopracitate.

Basterà dire che con la tiroidectomia totale ci si propone di abbassare il M. B. ad un grado tale da rendere il cuore sufficiente alle diminuite richieste dell'organismo.

Dedicherò solo poche righe alla tecnica operatoria, in quanto ad essa fu già accennato nei miei precedenti lavori.

Ho sempre operato in anestesia locale novocainica, facendola precedere da una iniezione di dilaudid e di luminal, ed ho isolato i lobi tiroidei traverso una incisione della linea alba sottojoidea, senza sezionare i muscoli. Ho mobilizzato prima un lobo, poi l'altro, mantenendomi rasente alla capsula, ed ho cercato in ogni caso di scoprire i ricorrenti, per poterli meglio rispettare. Benchè non sia sempre riuscito a metterli in evidenza, non mi pare tuttavia di averli mai lesi.

Secondo Cutler e Schnitker « the only great difficulty in the operation is the preservation of the recurrent laringeal nerve »,

Per quanto poi riguarda le paratiroidi, ho pure cercato di identificarle, ma assai spesso senza riuscirvi almeno con sicurezza. E, a tale proposito, conviene dire che la identificazione di una paratiroide, non aumentata di volume, può essere assai indaginosa, e assai spesso incerta. Succede infatti non raramente (ed è successo anche a noi) di credere di aver isolato una paratiroide, mentre l'esame istologico dimostra che in realtà il nodicino asportato è formato da tessuto tiroideo.

Nel dubbio sarebbe necessario eseguire un esame istologico estemporaneo. Se ciò non è possibile, è meglio asportare tutti i noduli aderenti alla tiroide, anche se possa nascere il dubbio che essi possano corrispondere a delle paratiroidi, dato che è necessario che la tiroidectomia sia assolutamente totale, e dato che, come vedremo, i sintomi post-operatori, riferibili ad una carenza paratiroidea, non sono frequenti, e si possono con facilità controllare.

In tutti i casi abbiamo allacciato i peduncoli tiroidei superiori, ed in parecchi casi anche l'arteria tiroidea inferiore. Quest'ultima allacciatura non è tuttavia necessaria, e, quando la ricerca del vaso nella doccia carotico-tracheale riesca un po' indaginosa, conviene allacciarne le diramazioni, ma mano che si presentano.

Un metodo assai utile per mobilizzare la ghiandola, e che noi utilizziamo da vari anni in tutte le operazioni sulla tiroide, consiste nel fare delle trazioni sulla ghiandola a mezzo di fili di seta, che vi sono gradualmente passati.

Si possono così estrinsecare con una certa facilità i poli della ghiandola, senza che essa venga spremuta.

I casi da noi operati possono essere così riassunti:

CASO I. M. S., uomo di 67 anni, inviato dal prof. Sebastiani con diagnosi di angina di petto, insufficienza aortica, lues.

Il 7 marzo 1935, tiroidectomia totale, con isolamento dei ricorrenti. Tiroide piccola. Non furono identificate le paratiroidi.

Decorso postoperatorio regolare. Scomparsa degli attacchi anginosi

Dopo circa 2 anni ripresa di attacchi di angina di modica intensità.

Succesivamente cirrosi epatica. Morte nel maggio 1938, cioè dopo più di 3 anni dalla tiroidectomia.

CASO II. C .R., donna di 59 anni, inviata dal prof. Sebastiani con diagnosi di morbo mitralico, fibrillazione auricolare, scompenso cardiaco grave.

Il 9 aprile 1935, tiroidectomia totale. Non si riesce ad identificare i ricorrenti. Si impianta nei muscoli del collo un corpiciattolo, che ha l'aspetto di una paratiroide. Peso della tiroide: gr. 10.

Nelle ore consecutive all'intervento attacchi di cianosi, che tuttavia scompaiono rapidamente. Notevole miglioramento. Dopo 3 mesi lievi segni di scompenso. Indi il miglioramento riprende.

Dopo vari mesi viene inviata in un ospizio per cronici.

CASO. III. T. G., uomo di 58 anni, inviato dal prof. Paterni con diagnosi di lues, insufficienza aortica, scompenso grave.

Il 13 luglio 1935, tiroidectomia totale, con isolamento dei ricorrenti. Peso della tiroide: gr. 18.

Notevole miglioramento con diminuzione degli edemi.

Chwostek positiva: somministrazione di Ca, e scomparsa del segno di Chwostek.

Il paziente commette irregolarità di vitto. Dopo 24 giorni attacco improvviso di cianosi e morte.

Esame anatomo-patologico: edemi diffusi, versamento pleurico, enorme ectasia aortica, aterosclerosi grave, insufficienza valvole aortiche, cor bovinum (gr. 920), miocardite callosa, organi da stasi, ecc.

CASO IV. P. D., donna inviata dal prof. Sebastiani con diagnosi di lues, insufficienza aortica, angina pectoris, scompenso grave da circa 15 mesi. Ortopnea, edemi diffusi.

Il 6 agosto 1935, tiroidectomia totale (tiroide gr. 22).

Cianosi grave dopo alcune ore dall'intervento, indi miglioramento .

Morte improvvisa dopo 48 ore.

Reperto anatomo-patologico: edemi diffusi, idrotorace bilaterale, aortite luetica e insufficienza valvole aortiche. Il cuore pesa gr. 650; miocardio color foglia morta; polmoni da stasi con infarti disseminati; grosso infarto recente; organi da stasi.

CASO V. Donna di anni 59. Da tre anni dispnea da sforzo ed edemi. Morbo mitralico. Scompenso congestizio del cuore.

Il 4 maggio 1936, tiroidectomia totale (peso della tiroide: gr. 27). Notevole miglioramento. Lievi sintomi di tetania, che scompaiono con somministrazione di Ca.

La paziente torna a casa assai migliorata. Ma quivi non si sottopone ad alcun trattamento, riprendendo le faccende domestiche. Muore dopo circa 3 mesi.

CASO VI. M. E., donna di 31 anni, inviata dal prof. Sebastiani con diagnosi di morbo mitralico, fibrillazione auricolare, scompenso cardiaco grave.

Il 18 aprile 1936, tiroidectomia totale (peso della tiroide gr. 20). Un nodulo creduto come una paratiroide appare all'esame istologico formato da tessuto tiroideo.

Notevole miglioramento, che persiste dopo due anni.

CASO VII. D'A. P., donna di anni 27. Da tre anni scompenso cardiaco a ripetizione. Quando la paziente è vista da me, essa appare cianotica ed ortopnoica Edemi gravi degli arti inferiori. Stenosi ed insufficienza mitralica. Fegato alla ombellicale trasversa.

L'11 gennaio 1937, tiroidectomia totale. Dopo qualche giorno lievi sintomi di tetania, che scompaiono dopo somministrazione di Ca. Il M. B., che prima dell'intervento era + 20, è disceso dopo un mese dall'intervento a — 19. Notevolissimo miglioramento. La paziente osservata a intervalli di mesi appare in perfetto compenso, ed è in grado di accudire a faccende non faticose. Essa tuttavia sembra un po' apatica.

CASO VIII. R. R., uomo di 52 anni, inviato dal prof. Sebastiani con diagnosi di angina pectoris. R. W.: negativa.

Il 20 marzo 1937 tiroidectomia totale. Peso della tiroide: gr. 15.

Scomparsa degli attacchi anginosi. Il paziente, che fa il gelataio in un chiosco, è stato ripetutamente osservato. Non ha più avuto alcun attacco.

CASO IX. M. A., donna di anni 25, inviata dal prof. Paterni con diagnosi di insufficienza mitralica, e scompenso grave. Lo scompenso si verifica ogni volta che la paziente sta molto in piedi, e si sottopone a sforzi anche lievi. R. W.: negativa.

Il 19 agosto 1937 tiroidectomia totale. Notevole miglioramento, che si è mantenuto.

CASO X. T. M., donna di 65 anni. Vizio composto della mitrale; scompenso cardiaco grave, con edemi diffusi e liquido libero nell'addome.

La paziente è portatrice di un voluminoso tumore addominale, diagnosticato come fibroma dell'utero.

Si crede che lo scompenso cardiaco possa essere determinato, o per lo meno aggravato, dalla presenza del tumore. Non si riesce con cure mediche a compensare la paziente. Il 2 agosto 1938 tiroidectomia totale. Notevole miglioramento. Dopo circa tre settimane la malata può essere messa in posizione di Trendelenburg, e può sopportare la rimozione di un voluminoso tumore partente dall'ovaio sinistro. Nel cavo peritoneale esiste abbondante liquido siero-ematico, e la sierosa appare spessa e rugosa.

Andamento successivo discreto nei primi tempi. Successivamente ricompaiono edemi agli arti inferiori.

La paziente è riportata a casa (fuori di Roma) ed ha alternative di miglioramento e di peggioramento.

Muore improvvisamente dopo circa tre mesi.

CASO XI. B. I., donna di 35 anni, inviata dal prof. Sebastiani con diagnosi di vizio mitralico, fibrillazione, scompenso grave.

La paziente è anche affetta da calcolosi renale sinistra infetta.

Reazione di Wassermann neg. M. B. + 14.

Il 6 aprile 1939 in anestesia locale tiroidectomia totale. Non si identificano bene i ricorrenti. Peso della tiroide asportata: gr. 25.

Notevole miglioramento.

COMMENTI.

Non abbiamo la pretesa di servirci di questi 11 casi, per voler intervenire con qualche autorità nel complesso dibattito delle indicazioni e delle controindicazioni della tiroidectomia totale nello scompenso cardiaco e nell'angina di petto. Il fatto stesso di averli riferiti così brevemente, senza citare tutte le numerose e

diligenti ricerche pre- e post-operatorie, che in 8 dei pazienti furono eseguite dai Colleghi, che ci inviarono i malati, dimostra che il nostro scopo è assai più modesto.

Vogliamo principalmente esaminare questi casi da un punto di vista clinico, dire cioè quali sono state le nostre impressioni sulle condizioni dei malati subito prima di operarli, durante e immediatamente dopo l'intervento, e a distanza più o meno grande di tempo da questo.

Cominciamo anzitutto col distinguere i casi di angina di petto da quelli di scompenso cardiaco.

Benchè 4 dei pazienti inviatici avessero avuto crisi anginose, solo in due esisteva la classica sindrome dolorosa, senza segni evidenti di scompenso, mentre negli altri il quadro clinico era dominato dallo scompenso cardiaco.

Diremo perciò che la tiroidectomia totale fu eseguita in 9 pazienti per scompenso cardiaco, e in 2 per angina di petto.

Questi due ultimi corrispondono ai casi 1 e 8 dell'elenco.

Si trattava di uomini di 67 e 52 anni rispettivamente.

Il primo era luetico ed affetto da insufficienza aortica; nel secondo invece la reazione di Wasservann era negativa, e non pareva esistessero vizi cardiaci.

Il risultato è stato ottimo in quest'ultimo paziente, in quanto gli attacchi scomparvero immediatamente dopo l'intervento, nè si sono più presentati (a distanza di due anni dall'operazione), ed il paziente è in grado di attendere alle sue occupazioni.

Nel 1° caso si ebbe pure la immediata scomparsa della sindrome dolorosa, che ricomparve tardivamente e in modo attenuato. Il paziente venne a morte dopo circa tre anni, per cirrosi epatica.

L'ottimo risultato immediato verificatosi in questi due pazienti, e che corrisponde a quanto hanno osservato la quasi generalità di coloro, hanno avuto occasione di fare simili interventi, non è facilmente spiegabile. Esso non dipende certamente dall'abbassamento dell'M. B., che si verifica gradualmente nello spazio di tre-quattro settimane.

Blumgart ha supposto che la improvvisa cessazione della sindrome anginosa sia in rapporto con la interruzione di fibre sensitive cardiache, mentre Cutler è di avviso che essa sia da riportare ad una diminuita sensibilità della muscolare dei vasi coronari rispetto alla adrenalina, come conseguenza della scomparsa della secrezione tiroidea.

Qualunque sia la spiegazione ci sembra utile stabilire un raffronto fra i risultati ottenuti con la t. t., e quelli che seguono ad intervento sul simpatico cervico-toracico.

Ricorderò, a questo proposito, un caso da me operato nell'ospedale di Venezia nel 1930, in cui il paziente, affetto da insufficienza aortica, presentava uno stato di male anginoso. Si ebbe con la stellectomia sinistra la completa cessazione degli attacchi. Nè essi si ripetettero durante i tre anni vissuti ancora dal paziente.

A questi raffronti non può essere tuttavia attribuito se non un valore di orientamento, per varie ragioni, e sopratutto per il fatto che gli interventi vengono eseguiti per sindromi dolorose più o meno analoghe, ma in condizioni circolatorie spesso assai diverse.

Su 72 casi raccolti da Leriche nel 1932 (interventi soprastellari e con asportazione dello stellato) si ebbe circa il 13 % di morti precoci e, fra i sopravvissuti il 65 % di guarigioni o di grandi miglioramenti, e il 35 % di insuccessi.

Su altri 11 casi operati da Leriche non si ebbe mortalità precoce (entro il 1° mese). Se poi teniamo conto di ciò che Leriche chiama mortalità tardiva (lasso di tempo assai elastico, cioè da cinque settimane alla osservazione più lunga, che corrisponde a 7 anni) troviamo che essa è assai alta e precisamente di 26 casi sui 71 sopravvissuti del primo elenco, e di 3 sugli 11 casi personali. Leriche afferma che il calcolo della mortalità tardiva ha una importanza relativa, per giudicare del valore delle operazioni sul simpatico, in quanto essa è in rapporto con la evoluzione della malattia cardiaca, e non ha a che fare con l'intervento chirurgico.

È probabile che questa affermazione, benchè non provata, possa corrispondere al vero.

Un intervento, certamente anche meno grave, consiste nella iniezione di alcool nei gangli dorsali. Con questo procedimento White, Smithwick e W. J. Mixter del Massachusetts General Hospital hanno ottenuto 26 guarigioni cliniche su 46 pazienti di forme gravi di a. p. (circa il 56 %). Mancano i risultati tardivi.

Per ciò che riguarda i risultati dopo t. t. troviamo su 54 casi appartenenti a vari chirurgi (1934) 4 morti operatorie e 4 morti precoci (circa 15 %) e 85 % di guarigioni cliniche e di miglioramenti. In una statistica più recente (1937) Parsons e Purks raccolgono 133 casi di t. t. eseguite da vari chirurgi. La mortalità operatoria è assai bassa in questa numerosa serie (appena il 4 %), e i risultati soddisfacenti sono dell'80-90 %.

A giudicare dai dati soprariferiti, si dovrebbe concludere che i risultati della simpatectomia cervicale o cervico-toracica sono inferiori a quelli ottenuti con la tiroidectomia totale.

A me sembra tuttavia che questa conclusione non sia del tutto giusta. Per le seguenti ragioni: una larga esperienza della simpatectomia cervico-tracica, eseguita in svariate affezioni, mi ha dimostrato che l'intervento è assai bene sopportato dai malati.

D'altra parte la t. t., anch'essa ben sopportata, se bene eseguita, costituisce tuttavia una mutilazione, che, pure potendo essere corretta, lascia il suo stampo sulla psicologia dei pazienti.

Secondo me nei casi di angina di petto, senza lesioni cardiache evidenti, o almeno senza segni di scompenso, si dovrebbe dar la preferenza alla simpatectomia cervico-toracica (o alla sola stellectomia), riserbando la t. t. a quei casi, in cui, accanto alla sindrome dolorosa, esistono segni di scompenso cardiaco.

***

Venendo ora alla t. t. nello scompenso cardiaco troviamo che noi l'abbiamo eseguita in 9 casi.

Due pazienti sono morti, mentre erano ancora degenti nel nostro reparto, e precisamente una dopo 48 ore dall'intervento, l'altro dopo 24 giorni. Si trattava in ambedue i casi di affezioni cardiache in rapporto con la lues, e precisamente di insufficienza aortica, con gravi lesioni miocardiche e sintomi di scompenso di altissimo grado, che non risentivano affatto, non solo dei medicamenti, ma neppure del riposo assoluto in letto

Basta leggere il sunto soprariportato dei reperti autoptici, per farsi una idea del grado raggiunto dalle lesioni dell'apparecchio circolatorio.

La paziente deceduta 48 ore dopo l'intervento, e che subito dopo l'operazione aveva avuto una crisi di cianosi, appariva certamente in condizioni, che lo stesso collega, che ci inviò la paziente, considerava come disperate. E soltanto per questa si può pensare che la tiroidectomia abbia affrettato l'esito. L'autopsia infatti dimostrò, accanto a lesioni di vecchia data, un infarto massivo di un polmone, che certamente fu la causa diretta della morte improvvisa.

Ma per l'altro paziente deceduto dopo 24 giorni, e per altre due morte rispettivamente dopo 2 e 3 mesi, non sembra che l'esito letale possa essere messo in rapporto con l'intervento. Chè in tutti e tre questi pazienti si ebbe per qualche tempo dopo la tiroidectomia un deciso miglioramento. Esso fu tale in un caso (paziente di 65 anni, n. 10) che fu possibile eseguire, dopo circa 3 settimane dalla t. t., un intervento laparatomico, per asportare un voluminoso tumore ovarico.

Non è da escludere che la non corretta osservanza delle cure mediche e delle regole dietetiche abbia contribuito, in questi casi, al successivo peggioramento.

Ma è da ricordare che almeno in tre di questi 4 pazienti non si era potuto ottenere neppure un compenso relativo col riposo in letto, ed in due di questi la reazione di Wassermann era nettamente positiva. Ora, secondo l'opinione di coloro, che hanno maggiore esperienza in questa materia, l'operazione sarebbe controindicata in quei pazienti, nei quali non è possibile ottenere un compenso, neppure relativo, con le cure mediche ed il riposo in letto; e nelle affezioni luetiche. In queste per la tendenza alla progressività dell'affezione cardiaca; in quelli per il fatto che la resistenza alle cure mediche ed al riposo assoluto in letto è un indice di una insufficiente forza di riserva del cuore.

Un'altra controindicazione sarebbe data dalla esistenza di un M. B. preoperatorio molto basso (— 20).

Effettivamente il problema delle « indicazioni » all'intervento domina tutta la questione; e a sua volta la possibilità di stabilire la « indicazione » sembra identificarsi con la necessità di misurare la forza di riserva del cuore. Si tratta di un problema eminentemente medico, e che può essere risolto solo da medici specializzati.

Per questo io mi limito solo ad accennarlo, con la speranza che questo mio articolo possa spingere qualcuno dei nostri eccellenti colleghi ad offrirci le loro delucidazioni.

Ma anche il chirurgo ha la sua voce in materia. A parte il fatto che egli esegue l'operazione, e non deve provocare danni collaterali (soprattutto lesioni del ricorrente), egli è il giudice più diretto delle reazioni post-operatorie, e, se la sua esperienza è abbastanza larga, può, anche dal punto di vista puramente clinico, arrivare a farsi una opinione sul problema delle indicazioni.

Le quali, se debbono tener conto della mortalità operatoria, o di quella precoce, trovano anche la loro giustificazione o la loro condanna negli esiti a distanza di tempo.

La nostra piccola serie di casi non è certamente sufficiente per poter formarsi una idea sugli esiti lontani dopo la t. t.

Abbiamo 4 casi operati da 2 a 4 anni, nei

quali si è avuto un certo grado di miglioramento. In una paziente di 59 anni questo miglioramento è stato di grado modico, mentre esso è stato assai notevole negli altri tre casi. In tutti e tre questi casi (n. 6, 7, 9) si trattava di donne giovani, 31, 27, 25 anni rispettivamente), affette da vizio composto della mitrale, con fibrillazione, con reazione di Wassermann negativa. Le pazienti avevano avuto varie crisi di scompenso, che tuttavia aveva potuto essere corretto, almeno parzialmente, col riposo assoluto.

Questi casi sembrerebbero confermare le affermazioni più generalmente ammesse sulle indicazioni all'intervento: possibilità di ottenere il compenso col riposo assoluto, affezione non di origine sifilitica. Aggiungiamo che in tutti e tre questi casi, in cui il miglioramento è stato veramente notevole, e si mantiene da qualche anno, si trattava di pazienti giovani.

⁂

Se ora diamo un breve sguardo a quanto dicono alcuni AA., che si sono occupati dell'argomento, vedremo che le opinioni sono tutt'altro che concordanti. Parsons e Purks hanno avuto l'idea di inviare un questionario ai chirurgi americani, che avevano eseguito delle t. t. Su 677 invii ebbero 342 risposte, dalle quali si desume che a quell'epoca (1937) solo 59 chirurgi avevano un certo numero di interventi.

Su 229 t. t. per scompenso cardiaco si ebbe il 10,5 % di mortalità operatoria o post-operatoria (entro la prima settimana). Risultati eccellenti e buoni, anche a distanza di anni, si ebbero nel 63 % dei casi.

Parsons e Purks affermano che si tratta di una cura sintomatica, e che non si può dire ancora se essa riesca a prolungare la durata della vita. Dicono inoltre che la scelta dei pazienti da operare ha la più grande importanza, e che gli operati debbono restare sotto sorveglianza medica.

Nella discussione della relazione di questi AA., Frank H. Lahey, sulla base di 27 casi da lui operati, afferma di non essere entusiasta della t. t., per il trattamento dello scompenso cardiaco, in quanto questi pazienti hanno una forza cardiaca di riserva assai limitata, e il mixedema tireo-privo ha di per sè un effetto dannoso sul cuore. La maggior parte dei pazienti si è nuovamente scompensata ed è morta. Secondo Lahey la t. t. è una operazione difficile, che ha una mortalità, ed offre delle complicazioni. Col tempo, egli dice, sarà impiegata solo occasionalmente su indicazioni di cardiologi competenti, i quali si baseranno sulla forza di riserva del cuore.

Un chirurgo europeo, il Mandl, è di opinione assai diversa. Scriveva nel 1937 di aver eseguito 30 t. t., per varie affezioni cardiache, e riferiva sui primi 17 casi, fra i quali si trovano 8 t. t. per vizi cardiaci gravi in stato di scompenso resistente alle cure mediche. Fra questi ultimi un paziente morì dopo 3 mesi. Egli afferma di non aver mai osservato mixedema grave, e solo raramente sintomi lievi di tetania. Conclude dicendo che la t. t. rappresenta un metodo di cura che è destinato ad affermarsi.

Ho voluto qui, fra le tante opinioni espresse, ricordarne una pessimista, una ottimista, ed una intermedia.

Ma anche il pessimista Lahey afferma che la t. t. può trovare le sue indicazioni, se pure eccezionali.

Ripetiamo che noi non possiamo esprimere una opinione personale, basata su fatti incontrovertibili.

Per far questo sarebbe necessaria una esperienza molto più vasta e una osservazione più prolungata; e, anche in tali circostanze richiederemo l'avallo dei colleghi medici, che ci avessero inviato i malati.

Possiamo tuttavia dire quali sono le nostre impressioni, alcune delle quali (quelle che si riferiscono all'operazione in sè e ad alcune osservazioni post-operatorie) hanno un valore probativo.

Dobbiamo anzitutto dire che la tiroidectomia totale, eseguita in anestesia locale, senza taglio dei muscoli sottojoidei, rappresenta una operazione tipica, che deve essere eseguita con accuratezza, per evitare una lesione dei ricorrenti, e che è di solito sopportata abbastanza bene anche da malati in scompenso grave.

Secondo la statistica raccolta da Parsons e Purks lesioni unilaterali del ricorrente si sono verificate in circa l' 8 % dei casi, ma io credo che nelle statistiche di singoli chirurgi, che abbiano una notevole esperienza di queste operazioni, tale percentuale dovrebbe ridursi notevolmente.

La mortalità post-operatoria precoce (nella prima settimana) calcolata a circa il 10,5 %, potrà essere ridotta, quando l'intervento non venga esteso a casi di scompenso troppo avanzato. Noi abbiamo avuto un esito letale precoce (dopo 48 ore) su 11 casi, ed esso si verificò proprio in una paziente, che al momento dell'intervento era in condizioni eccezionalmente gravi. Come ho già detto all'inizio di questo

articolo, non credo sia necessario, durante l'operazione, di preoccuparsi eccessivamente di non asportare tutte le paratiroidi. A parte la difficoltà di riconoscerle con sicurezza (se non a mezzo di un esame istologico estemporaneo), la dissezione della tiroide, tenendosi in immediata vicinanza della capsula, permette in parecchi casi di lasciare in situ uno o più paratiroidi.

Accade tuttavia di osservare dei sintomi di lieve tetania in alcuni dei pazienti operati, ed anche noi li abbiamo notati in 3 casi nei giorni immediatamente successivi all'intervento. Tali sintomi (Chwostek positivo, senso di freddo alle estremità, parestesie) sono prontamente scomparsi in seguito ad iniezioni endovenose di Ca.

La conseguenza più grave della tiroidectomia totale, il mixedema, non è di solito osservata in questi pazienti, in quanto allorchè il M. B. si sia abbassato verso — 30, un'ulteriore discesa viene impedita col somministrare degli estratti tiroidei.

Una tale somministrazione deve essere accuratamente regolata. E ciò non solo per impedire la comparsa di sintomi di mixedema da un lato, ma anche per evitare che il M. B. torni a salire di troppo, frustrando così gli effetti della tiroidectomia. La somministrazione oculata di estratti tiroidei dovrebbe anche poter eliminare, o per lo meno attenuare, quello stato di apatia, e in genere quei cambiamenti del carattere, che tendono a verificarsi dopo la tiroidectomia totale.

È tuttavia soprendente, ed in contrasto con le cognizioni classiche, il fatto che la tiroidectomia totale può essere tollerata in modo veramente sorprendente in alcuni casi. Ad esempio nella paziente n. 9, operata da più di due anni, il M. B. si mantiene sui — 30, e gli unici sintomi clinici, che rivelano una carenza tiroidea, sono dati da un grado notevole di apatia e da una lieve diminuzione dell'intelligenza.

In un altro paziente, operato circa due anni or sono di tiroidectomia totale per supposto tumore maligno della tiroide (in realtà si trattava di una tiroidite lignea) gli unici sintomi morbosi consistono in un lievissimo grado di succulenza dei tessuti, ed in un colorito pallido della cute.

E finalmente assai scarse deviazioni della norma mostra il paziente n. 8 operato di t. t. per angina di petto.

Non va inoltre taciuto che dopo t. t. è stato possibile eseguire degli interventi, anche importanti, in casi in cui tali interventi non erano prima fattibili, per lo stato di scompenso, in cui i pazienti si trovavano. Così Mandl ricorda di aver potuto operare di asportazione del retto per cancro un paziente, sofferente di asma cardiaco, dopochè con la t. t. gli attacchi di asma erano scomparsi. E, fra i miei casi, ve ne ha uno, in cui la rimozione di un tumore ovarico fu possibile solo dopo aver ottenuto uno stato di compenso relativo a mezzo della tiroidectomia fotale.

L'ultima nostra paziente, di recente operata di t. t., è affetta da calcolosi renale infetta. Ed è nostro proponimento, qualora si possa stabilire il compenso cardiaco, di trattare successivamente la calcolosi renale.

CONCLUSIONI.

Il trattamento dell'angina di petto e dello scompenso cardiaco a mezzo della tiroidectomia totale deve essere regolato in intima collaborazione fra medico e chirurgo.

Per quanto riguarda l'angina di petto, dato che per essa esistono anche altri metodi chirurgici abbastanza efficaci, si propone che per l'a. d. p. con scarse lesioni cardiache e senza sintomi di scompenso, sia data la preferenza agli interventi sul simpatico cervico-toracico, mentre per le forme con scompenso cardiaco è forse preferibile ricorrere direttamente alla t. t.

Per quanto si riferisce alla t. t. nello scompenso cardiaco, sembra fuori dubbio che la maggior parte degli insuccessi debba essere attribuito all'aver sottoposto all'intervento dei casi, per i quali, come si suol dire, non c'era più nulla da fare. E più esattamente al non aver tenuto conto delle indicazioni e delle controindicazioni.

Queste debbono essere stabilite da competenti cardiologi.

Allorchè al chirurgo saranno inviati pazienti, che si trovino nelle condizioni, alle quali abbiamo fatto cenno in questo lavoro, è assai probabile che la t. t. darà risultati prossimi e remoti soddisfacenti.

La t. t. rappresenta una operazione ben regolata, e che, eseguita da chirurgi competenti, è ben sopportata da questi malati.

Non sembra necessario di preoccuparsi eccessivamente di ricercare le paratiroidi, per poterle rispettare.

Sintomi paratireoprivi, dopo la t. t. eseguita secondo determinate regole, non sono frequenti, appaiono piuttosto lievi, e possono essere eliminati con somministrazione di Ca.

Bisogna invece preoccuparsi di rispettare i ricorrenti.

Sintomi di carenza tiroidea si stabiliscono di solito quando il M. B. è disceso oltre — 30. Essi possono essere eliminati, o molto ridotti, con una regolata somministrazione di estratti tiroidei.

La t. t. non rappresenta che una tappa, sia pure importante, nella cura dello scompenso cardiaco. I pazienti operati non dovranno sottrarsi ai controlli ed alla cura del cardiologo.

In qualche caso la t. t., eliminando lo scompenso cardiaco, ha reso possibile il compimento di altri interventi chirurgici sugli stessi pazienti.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce brevemente su 11 casi di tiroidectomia totale eseguita per angina di petto (2 casi) e per scompenso cardiaco (9 casi). Fa alcuni rilievi sulla tecnica operatoria; e si intrattiene sul problema delle indicazioni, e sugli esiti immediati e a distanza di tempo.

BIBLIOGRAFIA.

ANTONUCCI. Riv. Ital. di Endocrino, ecc., 1935.
ID. Policlinico, Sez. prat., 1937.
CHIASSERINI. Policlinico, Sez. prat., 1935.
ID. Soc. Emiliano-Romagnola di chirurgia, 1935.
ID. Res. Accad. Lancisiana, 1938.
ELLIOT, CUTLER, SCHNITKER. Ann. Surg., 1934.
F. LAHEY, Ann. Surg., 1937.
MANDL. Zentr. f. Chir., 1937.
MIXTER, BLUMGART. Ann. Surg. Berlin, 1934.
PARSONS e PURKS. Ann. Surg., 1937.
SEBASTIANI. Policlinico, Sez. prat., 1937.

PADIGLIONE FLAJANI
DELL'OSPEDALE DEL LITTORIO IN ROMA
Prof. Dott. ANGELO CHIASSERINI
chirurgo primario.

Dati anatomo-istologici concernenti alcune tiroidi asportate in casi di scompenso cardiaco e angina di petto.

Dott. GIOVANNI PICARDI, aiuto.

Riferiamo brevemente su alcuni dati anatomo-istologici di nove delle tiroidi asportate dal prof. Chiasserini in pazienti affetti da scompenso cardiaco o angina di petto.

Casi esaminati:

CASO I. — D'A. Paolina, di a. 27. Affetta da vizio composto della mitrale con scompenso cardiaco.

La tiroide asportata appare di forma e grandezza normali; non vi si nota piramide di Morgagni.

L'esame istologico dimostra: alveoli in gran parte voluminosi, vescicole ed epitelio appiattito e ricchissime di colloide cromaticamente omogenea. Scarsissimo tessuto interalveolare.

CASO II. — M. A. di a. 25. Insufficienza mitralica, scompenso cardiaco.

Tiroide asportata appare di forma e grandezza normali.

Esame istologico: la maggior parte dei lobuli è formata da alveoli prevalentemente di medie dimensioni con epitelio cubico e colloide omogenea e scarso tessuto interalveolare.

Alla periferia vi è un lobulo con segni di sclerosi e atrofia degli alveoli.

CASO III. — C. Rosa di a. 59. Scompenso cardiaco. Fibrillazione auricolare.

La tiroide asportata appare piccola: pesa 10 gr.

L'esame istologico dà: alveoli prevalentemente di medie dimensioni pieni di colloide omogenea. Epitelio appiattito. Scarso tessuto interstiziale.

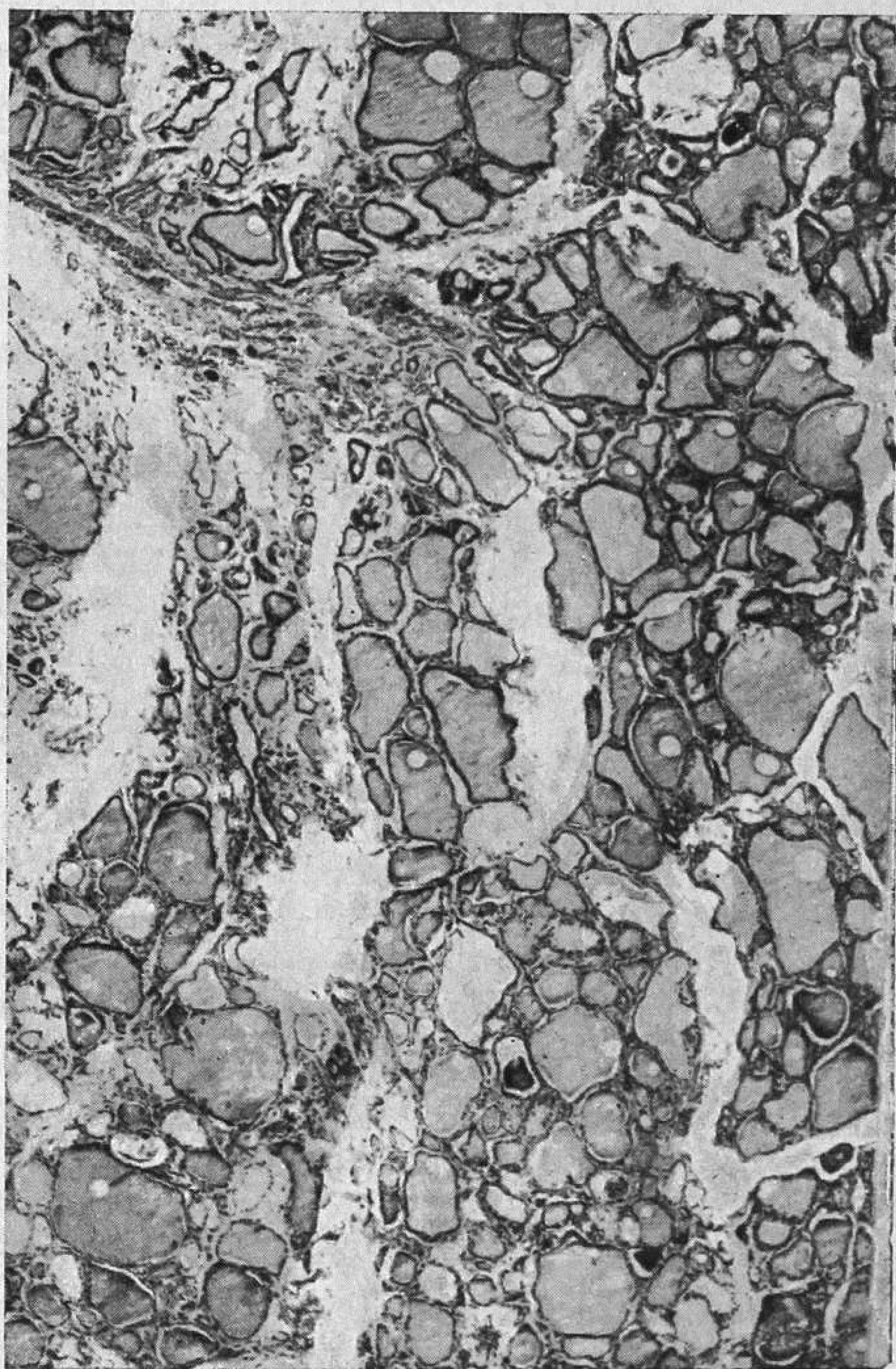


FIG. 1. — Alveoli di varia grandezza, cellule appiattite.

CASO IV. — M. Serafino. Angina pectoris. Segni clinici di bronchite.

La tiroide asportata appare di forma e grandezza normali.

L'esame istologico dimostra: lobulazione evidente. Si alternano alveoli piccoli e medi con epitelio appiattito e pieni di colloide e a forma spesso irregolare.

Un lobulo periferico appare in condizioni patologiche per il pallore degli epiteli (ischemia?). Una grossa arteria sita alla periferia presenta in parte una frammentazione, ma sensa sfibbrillamento, della limitante elastica interna. In un altro punto vi è tubercolo elementare quasi certamente di natura specifica. Non se ne vedono altri.

CASO V. — P. Francesca di a. 56. Insufficienza aortica. Insufficienza mitralica relativa. Angina pectoris. Lues.

La tiroide (gr. 22) è di forma normale; verso la parte inferiore dell'istmo esiste una piccola cisti.

Esame istologico: alveoli quasi tutti di grandi dimensioni con epitelio estremamente appiattito ripieni di colloide chiara omogenea. Piccole isole con alveoli di piccole dimensioni con colloide più densa.

CASO VI. — R. Romolo di a. 52. Angina pectoris.

Tiroide di forma normale (gr. 15).

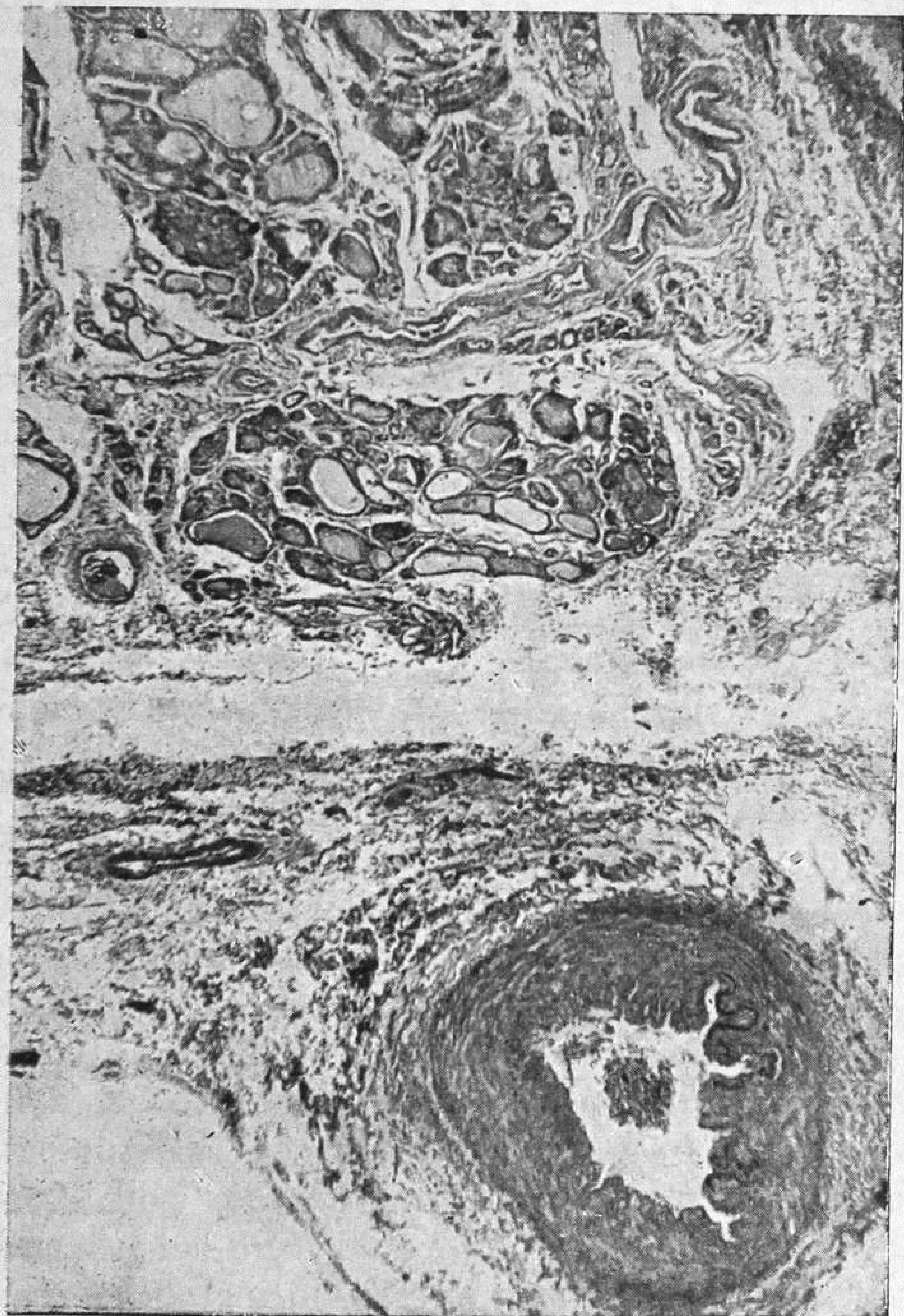


FIG. 2. — Arteria con frammentazione della limitante elastica interna.

Esame istologico: alveoli di varie dimensioni, pieni di colloide omogenea. Epitelio appiattito.

CASO VII. — T. Giuseppe di a. 55. Insufficienza cardiaca ed insufficienza aortica.

Tiroide (gr. 18) con lobo medio sviluppato.

Esame istologico: Alveoli di varie dimensioni i quali appaiono anzichè sferoidali, come sono di regola quelli a contenuto colloideo normale, a contorno irregolare e come raggrinziti.

L'epitelio appiattito e il contenuto è rappresentato da una delicata trama finemente reticolare che solo in qualche alveolo si condensa a formare una massa omogenea come la normale colloide. Gli spazi interalveolari sono evidenti, finemente fibrillari, edematosi. Nessun segno flogistico.

CASO VIII. — M. Ernesta di a. 31. Stenosi e insufficienza mitralica. Fibrillazione auricolare.

Tiroide (gr. 20) di forma normale.

Esame istologico: evidente la suddivisione in lobuli nei quali gli alveoli sono di forma regolare, hanno epitelio appiattito e contengono una colloide poco colorabile e di apparenza poco compatta. Particolarmente evidente un ampio strato di colloide extralveolare che non si può escludere dovuta a rottura dell'epitelio e successiva retrazione. Connettivo interalveolare assai evidente.

CASO IX. — M. A. Scompenso cardiaco. Tiroide di forma normale.



FIG. 3. — Tubercolo elementare.

Esame istologico: Alveoli di varie dimensioni, alcuni addirittura cistici. Tutti con epitelio appiattito e pieni di colloide omogenea. Scarso tessuto interalveolare.

Dal risultato degli esami eseguiti si rileva in complesso e nella grande maggioranza dei casi un aspetto delle tiroidi che non differisce da quello normale, se non per le dimensioni della ghiandola, che spesso sono inferiori alla media.

Dal punto di vista istologico si rileva una struttura molto vicina a quella normale.

Unico fatto che ricorre spesso in queste tiroidi è la grandezza degli alveoli spesso ridotta e l'aspetto appiattito delle cellule (fig. 1).

*

Soltanto in due casi abbiamo un aspetto patologico e precisamente nel caso IV, troviamo che una grossa arteria sita alla periferia (fig. 2) presenta in parte una frammentazione della limitante elastica interna. In un altro punto vi è un tubercolo elementare quasi certamente di natura specifica (fig. 3). Il paziente presentava segni clinici di bronchite.

Nel caso IV (fig. 4), si hanno alveoli di varie dimensioni i quali appaiono anzichè sferoidali, a contorno irregolare e come raggrinziti. L'epitelio è appiattito e il contenuto è rappresentato da una delicata trama finemento reticolare che solo in qualche alveolo si condensa a formare una massa omogenea come la normale colloide.

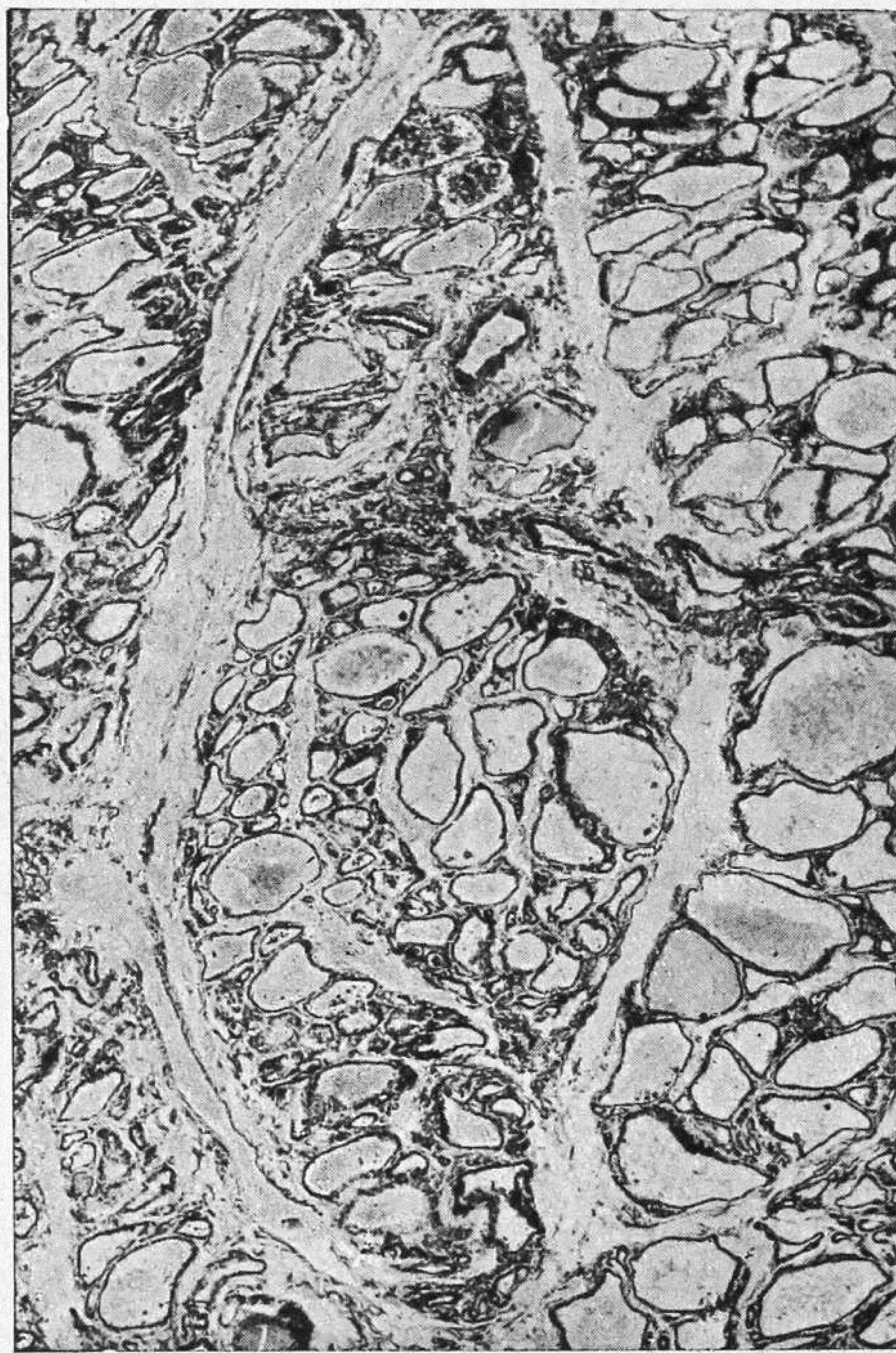


Fig. 4. — Alveoli a contorno irregolare, epiteli appiattiti e contenuto costituito da delicata trama finemente reticolare.

Tengo a ringraziare il prof. Vernoni per la sua assistenza nella interpretazione dei preparati istologici.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su alcuni dati anatomo-istologici di 9 tiroidi asportate in casi di scompenso cardiaco e angina di petto.

RIVENDICAZIONI E DISCUSSIONI

A proposito della forma da me per il primo descritta e dimostrata (1912-13) di "Ittero emolitico acquisito con anemia a tipo pernicioso„ e del successo terapeutico, in essa, della splenectomia.

Prof. Giovanni Antonelli
docente di Clinica Medica Generale e primario aggregato clinico del Policlinico Umberto I.

Non sembri strano ch'io torni per un poco su di una forma morbosa che, pur essendo stata da me già illustrata molti anni or sono, non ha però sempre trovato, soprattutto nella letteratura ematologica italiana, la sua precisa posizione nosografica e la sua giusta interpretazione.

Nell'ottobre del 1912 riferii al Congresso di Medicina Interna tenuto in Roma (Antonelli G.: *Effetti della splenectomia sopra una particolare forma di ittero emolitico acquisito con anemia a tipo pernicioso.* Volume dei Lavori del XXII Congresso di Medicina Interna, ecc., p. 411; *Policlinico*, Sezione Pratica, 1912, p. 1679; *Semaine Médicale*, 1912, p. 547) intorno ad un singolare quadro morboso, che presentava le caratteristiche fondamentali sia cliniche sia ematologiche dell'ittero emolitico acquisito (tinta giallo-cerea della cute, ipercromia delle fecce, modica iperbilirubinemia, urobilinuria, splenomegalia, diminuzione, non di alto grado, della resistenza globulare, straordinaria abbondanza delle emazie a sostanza granulo-filamentosa, fino al 53 % delle emazie *in toto*, ecc.) insieme con il complesso ematologico proprio di un'anemia perniciosiforme (grave eritrocitopenia fino ad un minimo di 719.000 per mmc., valore globulare per lo più superiore all'unità, e talvolta in grado assai spiccato, accentuatissima anisocitosi, con numerosi macro- e megalociti, poichilocitosi, leucopenia, senza però inversione della formula leucocitaria, globuli rossi nucleati, fra i quali anche presenza di macro- e megaloblasti, ecc.) in una donna di 43 anni, che soltanto pochi mesi prima di capitare alla mia osservazione (in quel tempo ero fra gli Aiuti della Clinica Medica diretta dal prof. Baccelli) era stata colpita da detta infermità. Gli stessi elementi morfologici furono da me dimostrati nel sangue splenico, nel succo splenico e nelle sezioni istologiche della milza asportata. Infatti, non ostante il quadro perniciosiforme, avevo ritenuto opportuno, a titolo di tentativo terapeutico, di proporre la

splenectomia, tentativo chirurgico assolutamente nuovo in una forma morbosa di tal gravità. L'intervento era stato con pieno successo compiuto dal prof. R. Bastianelli. Ricordo che in quell'epoca, fra gli autori francesi, predominava, quanto alla splenectomia, l'avvertimento del *noli tangere* di Chauffard, e ciò negli itteri emolitici in genere (*a fortiori*, dobbiamo presumere, in un tipo di anemia perniciosiforme!).

Alla splenectomia erano seguite la graduale scomparsa delle note della perniciosità e la progressiva tendenza al ripristino delle normali condizioni ematologiche che, salvo il permanere di una sensibile diminuzione delle resistenze globulari minima e media, si fece presso che completo successivamente all'epoca della mia comunicazione, così da rappresentare una quasi perfetta guarigione clinica ed ematologica. Di tal tipo morboso feci oggetto di uno studio più particolareggiato, insieme con una elaborata revisione critica, specialmente dal punto di vista nosografico e patogenetico, delle varie forme di anemie ed itteri emolitici in un'ampia pubblicazione successiva (G. Antonelli. *Intorno agli itteri emolitici. Effetti della splenectomia su di una particolare forma di ittero emolitico acquisito con anemia a tipo pernicioso.* « Il Policlinico », Sezione Medica, 1913, fascicoli 3, 4 e 5). Tanto la precedente comunicazione quanto e specialmente la successiva pubblicazione ebbero notevole risonanza nella letteratura italiana e soprattutto straniera, data la singolarità della forma morbosa illustrata e dato ancora il risultato terapeutico della splenectomia che, consistendo nella scomparsa completa della perniciosità, costituiva un risultato del tutto nuovo. (Nelle conclusioni ultime di detta mia pubblicazione, a proposito del permanere di una sensibile diminuzione delle resistenze globulari minima e media, fu per errore tipografico stampato « massima » invece di « minima »: errore, del resto, facilmente desumibile dalla lettura del testo).

Posso recisamente affermare che, prima del mio studio, non si trovava nella letteratura che qualche vago accenno alla eventualità che, nel corso dell'ittero emolitico, nei periodi di più intensa deglobulizzazione, le anomalie sanguigne possano ricordare il quadro dell'anemia perniciosa. Ma tali accenni in nessuno dei casi riportati documentavano un vero complesso ematologico del tipo perniciosiforme, e veniva scambiata con la perniciosità la gravità temporanea del quadro anemico. Così dicasi del caso osservato da Widal, Abrami e Brulé nel 1907, che, secondo gli autori, ora presentava il quadro dell'anemia perniciosa (affermazione troppo generica), ora quello dell'ittero cronico splenomegalico tipo Hayem, e nel quale il quadro anemico risultò conseguente ad una rettite secondaria all'apertura di un ascesso dello spazio ischio-rettale: basterebbe, per conto nostro, quest'ultima constatazione, come anche l'intermittenza dell'anemia grave, per non farlo coincidere con la forma da me descritta, che rientra nel campo degli itteri emolitici acquisiti criptogenetici, cioè di quel gruppo che costituisce un capitolo ben distinto dalle anemie emolitiche secondarie a determinati fattori etiologici. Lo stesso si può dire dell'« anemia perniciosa a forma itterica od itterigena » segnalata da Syllaba (1904) non che da Chauffard e Laederich (1905), precedentemente all'epoca in cui lo stesso Chauffard formulò i criterî ematologici per la discriminazione degli itteri emolitici. La differenza rispetto alla mia forma è già implicita nella designazione « anemia perniciosa itterigena », il che vuol dire anemia perniciosa propriamente detta a forma itterica, la quale non ha che vedere con un ittero emolitico, inteso come processo morboso fondamentale, ed il cui quadro anemico presenti gli attributi della perniciosità. In ogni modo, per il caso dei due autori ultimi, è da osservare che i caratteri ematologici, all'infuori del valore globulare aumentato, non coincidevano affatto con quelli proprî dell'anemia perniciosa o perniciosiforme: fra l'altro, si parlava addirittura di un reperto microblastico. Insomma, per quanto zelo si voglia porre nella ricerca, non si riesce a trovare nella letteratura precedente al mio studio un solo caso *dimostrativo* il quale presenti i caratteri clinico-ematologici dell'ittero emolitico insieme con quelli di una documentata anemia perniciosiforme, cosicchè mi è consentito affermare *essere io stato il primo ad illustrare e documentare la forma dell'ittero emolitico acquisito con anemia a tipo pernicioso*. Ciò è tanto vero che il Micheli, che assisteva allo svolgimento della mia comunicazione al Congresso di Medicina Interna del 1912, quando fu aperta la discussione in proposito, dichiarò di essere vivamente impressionato della eccezionalità di tale quadro ematologico nel corso di un ittero emolitico. Ed è anche questa la ragione per la quale il Micheli stesso, ispirandosi a preconcetti troppo rigidamente schematici, anche in seguito ha dimostrato di non valutare, come si con-

veniva, il preciso significato clinico, nosografico ed ematologico della mia forma, così da perdere alquanto di vista e da negligere parzialmente l'esatta interpretazione dei suoi caratteri ematologici fondamentali (F. Micheli: *Splenomegalie emolitiche*, Lavori del XXXV Congresso di Medicina Interna, tenuto in Genova nell'ottobre 1929, p. 52). A tal proposito, mi piace invocare anche l'autorevole testimonianza scientifica del prof. G. Bastianelli che, in quel tempo, si interessava molto alla mia forma, data la sua eccezionalità, e aderiva con decisa convinzione personale alle mie conclusioni nel senso della indubbia perniciosità del quadro anemico, prendendo più volte diretta visione dei miei preparati. Ma, in ogni modo, più delle interpretazioni contano i fatti, e questi fino dal 1912-13 sono incontestabilmente consacrati nella letteratura. *I contributi ulteriori, quali e quanti essi sieno, non possono sopprimere nè adombrare la mia priorità.*

Naturalmente, sono giuste le considerazioni del Micheli quando afferma che questo particolare tipo morboso non va confuso con l'anemia perniciosa vera e propria, contrariamente all'opinione del Meulengracht, che in base agli elementi ematologici, vorrebbe riportare all'anemia perniciosa la forma descritta dall'Antonelli come altri casi segnalati in seguito (Albu e Hirschfeld).

Nel campo degli itteri emolitici sostenni e sostengo tuttora che, dal punto di vista clinico, è opportuno mantenersi il più che sia possibile distinzionisti: ogni tipo morboso deve avere le sue particolari ragioni quanto a origine, meccanismo patogenetico, decorso e fenomenologia clinica; non condivido nel modo più categorico l'opinione del Micheli secondo la quale le forme di ittero emolitico acquisito non debbono essere nettamente separate e distinte dalle forme congenite. Origine, decorso, prognosi, reperti ematologici, grado della fragilità globulare, rapporto fra quest'ultima e l'intensità o gravità dell'anemia, famigliarità o no ecc., hanno generalmente un comportamente diverso nei due gruppi morbosi. Basterebbe osservare che, in genere e salvo eccezioni, mentre nelle forme congenite accanto a spiccati gradi di fragilità globulare si svolgono quadri di anemia di scarsa o media entità, nelle forme acquisite quadri di anemia grave si possono svolgere accanto a lieve od assente fragilità globulare. Per mio conto il distinzionismo clinico va mantenuto col massimo rigore in un capitolo così complesso come quello degli itteri emolitici, specialmente considerata l'oscurità dei loro fattori etiologici. Infatti il Marchiafava (*Anemia emolitica con emosiderinuria perpetua*, « Il Policlinico », Sezione Medica, 1928), dopo avermi citato in più luoghi della sua nota pubblicazione, invoca i miei criterî per giustificare la ragione per la quale ha creduto opportuno segnalare la forma morbosa da lui illustrata, forma morbosa che io stesso, nella seduta della Reale Accademia Medica di Roma del 30 luglio 1927, proposi di designare « tipo Marchiafava ». Infatti l'A. così scrive: « Antonelli, nel lavoro citato, esprime l'avviso che negli itteri emolitici non è ancora possibile una classificazione netta; ma l'attività degli studiosi deve essere intenta a prepararne la base con la descrizione esatta dei singoli casi dal lato clinico, ematologico ed anatomico, evitando i preconcetti teorici di divisioni troppo schematiche ed empiriche. Ed è per queste considerazioni che ho giudicato non inutile di mettere in evidenza una forma di *Anemia emolitica* ecc. ».

Al contrario, in disaccordo col parere del Banti, che aveva già costruito il capitolo della così detta *splenomegalia emolitica*, e che, dopo la mia pubblicazione, considerò come tale anche la forma da me descritta (G. Banti: *L'ufficio della milza nell'emolisi*, vol. generale del XVII Congresso Internaz. di Medicina, tenuto in Londra nel 1913), nella mia disamina critica mossi argomentazioni contro tale designazione, con la quale s'intenderebbe considerare la splenopatia come il *primum movens* del processo morboso, e che dal Banti in poi è ancora largamente adottata. Se una tendenza ad ammettere l'importanza primitiva e fondamentale della splenopatia iperemolitica nella genesi di alcune forme di ittero emolitico si potesse giustificare, dovrei essere giustificato proprio io nell'ammettere tale primitività nella forma da me illustrata, dato che la splenectomia determinò la radicale soppressione di un quadro anemico perniciosiforme. Eppure nemmeno per tal forma mi lasciai tentare da siffatta interpretazione; infatti sostenni, e mantengo tuttora la mia opinione, che nulla vieta di pensare che il *primum movens* sia anche estraneo alla milza, ma che in primo tempo in quest'organo, dotato già fisiologicamente di funzione emocitocateretica, tal funzione, nei casi di presunta splenomegalia emolitica, in conseguenza della stessa abnorme quantità di emazie già rese più fragili per meccanismi svolgentisi al di fuori della milza, sia *passivamente* intensificata in rapporto alla

loro effettiva distruzione, ed in secondo tempo la milza venga da tale sovraccarico funzionale stimolata ad un'esaltazione vera e propria della sua intrinseca funzione emolizzante, che per sè stessa agirebbe come un *attivo* fattore patogenetico, se pure secondario a cause o meccanismi che possono avere primitivamente agito su altri organi o tessuti o nello stesso torrente circolatorio. Ne verrebbe per conseguenza che la splenectomia, sopprimendo questo importante e forse principale fattore patogenetico, potrebbe mettere l'organismo nelle condizioni migliori per reagire in maniera così favorevole alle ignote cause morbose agenti in sede extrasplenica da trionfare definitivamente del processo morboso con la completa o quasi completa reintegrazione clinica ed ematologica, non ostante la sopravvivenza di quegli eventuali momenti patogenetici estranei alla milza, che però, senza l'importante concorso dell'iperemolisi splenica, diventerebbero insufficienti a mantenere gli effetti dello stato morboso. Tuttavia questo mio modo di prospettare il problema patogenetico in una delle sue più attendibili soluzioni non esclude recisamente la possibile primitività della splenopatia in alcuni casi; ma anche per tali casi ritengo che la primitività non possa essere facilmente dimostrata in modo da resistere ad ogni obiezione.

Un altro punto merita di essere ricordato nel mio studio di allora: è quello che si riferisce all'importanza che già in quel tempo credetti di dare, nel meccanismo emolitico, più che alle sostanze emolizzanti, cioè alle così dette *emolisine* circolanti o spleniche, non dimostrate nella mia forma morbosa, a speciali attività degli elementi cellulari splenici, che eserciterebbero un'azione disintegratrice o fagocitaria sui corpuscoli rossi, e che fanno parte delle cellule fisse della polpa e degli elementi endotelioidi, che particolarmente descrissi sia morfologicamente sia in uno dei loro più importanti aspetti funzionali, cioè nella loro attività emocitocateretica. Infatti, nell'ultima parte della descrizione istologica della milza, così scrivevo: « Altro carattere degno di menzione è la presenza di una abbondantissima quantità di pigmento che si presenta sotto forma di granuli fini o grossi, per lo più rotondi, ovvero di piccole zolle irregolari, di colorito quasi ocraceo; i granuli di pigmento sono in parte extracellulari, in parte incorporati nelle cellule della polpa o negli elementi endotelioidi: sono più abbondanti nei cordoni che nei seni, si rinvengono anche nell'interno dei follicoli, specialmente verso la periferia, e lungo l'avventizia dei vasi. Le cellule fisse della polpa sono addensate specialmente dove è più abbondante la deposizione di pigmento. Oltre alle cellule pigmentifere, si vedono anche dei macrofagi contenenti interi corpuscoli rossi ecc. ». Da questa mia descrizione, come si vede, non differiscono sostanzialmente quelle più recenti, nelle quali si delineano gli aspetti morfologici degli elementi del reticolo-endotelio (la cui dottrina è stata dall'Aschoff formulata non pochi anni dopo), particolarmente nella loro attività emolizzante. Se si pensa che il mio studio rimonta al 1912, quando cioè, sotto l'influenza soprattutto della scuola francese, predominava l'importanza delle emolisine nella genesi delle anemie o degli itteri emolitici, l'avere io allora sostenuto, in contrasto con l'opinione dominante, l'importanza delle cellule della polpa splenica e degli elementi endotelioidi (che oggi diciamo far parte del sistema reticolo-endoteliale) nel meccanismo emolitico, mi sembra un'anticipazione dottrinale di non poco momento. A tal proposito mi piace di citare il Greppi (*Splenomegalia emolitica con anemia a tipo pernicioso*, « Il Policlinico », Sezione Medica, 1927, fascicoli 5 e 6), al quale sono particolarmente grato non solo per avermi assai frequentemente ricordato nel suo lavoro, ma anche per aver messo in evidenza *la mia priorità* nell'aver dimostrato l'esistenza del quadro ematologico perniciosiforme nell'ittero emolitico, e per avere pienamente compresa nel suo originale e particolare significato la mia forma morbosa. In uno dei suoi riferimenti al mio studio l'A. dice testualmente così: « Anche prima della dottrina di Aschoff sul Ret. End. era stata richiamata l'attenzione sulle cellule della polpa splenica, nei cordoni e nella parete dei vasi parenchimali: si parlava di elementi « endoteliali » in senso vago, ed erano appunto queste le cellule che apparivano più o meno interessate ai processi di emolisi morbosa. Vi sono richiami nella letteratura non recente, che dimostrano l'osservazione di quadri anatomici molto somiglianti; *ma l'esempio che più colpisce per la sua analogia è quello che si legge nello studio dell'Antonelli intorno al caso di Ittero emolitico con anemia a tipo pernicioso già più volte accennato* » (ho passato in corsivo quest'ultimo periodo per accentuarne l'evidenza). Il Greppi stesso riporta un tratto della mia descrizione istologica: « Si nota la presenza di abbondanti cellule a pro-

toplasma omogeneo, con nucleo di aspetto vescicoloso, scarso di cromatina, rotondo od a margini sinuosi, bilobato o plurilobato, che in certi punti confluiscono formando accumuli sinciziali; tali elementi si trovano nello spessore della polpa e più specialmente dei cordoni; si vedono anche elementi giganti che ricordano l'aspetto dei megacariociti, e più o meno abbondanti elementi endotelioidi. Gli endotelî che tappezzano la parete dei seni hanno il nucleo rigonfio, ecc. ». È evidente in questa mia descrizione precedente alla dottrina di Aschoff l'analogia con i reperti più recenti ove si mettono in evidenza le varie modalità morfologiche degli elementi del sistema reticolo-endoteliale.

E veniamo da ultimo *ad un altro importante aspetto della mia priorità*. Fu successivamente alla segnalazione della mia forma, nella quale si dimostrava per la prima volta la guaribilità mediante la splenectomia di un quadro ematologico perniciosiforme nell'ittero emolitico acquisito, che Eppinger (*Wiener klin. Woch.*, 1913, n. 24; *Berl. klin. Woch.*, n. 33 e 34) e Decastello (*Wiener klin. Woch.*, 1913, n. 23) applicarono il tentativo terapeutico della splenectomia nei primi casi di anemia perniciosa genuina, con effetti apparentemente favorevoli; la successiva esperienza da parte di altri autori finì però per scuotere la fiducia nel metodo stesso. Ciò non toglie che il tentativo degli autori viennesi meriti di essere ricordato nella storia dei varî metodi terapeutici tentati, nella cura dell'anemia perniciosa, prima della scoperta dell'epatoterapia. L'Eppinger si difese dal rilievo della mia precedenza affermando che, mentre l'Antonelli nella sua elaborata discussione critica circa la discriminazione nosografica della sua forma morbosa, aveva definito il suo quadro ematologico come proprio di un'anemia a tipo pernicioso e non come quello dell'anemia perniciosa propriamente detta, è in quest'ultima ch'egli applicò il tentativo della splenectomia. Ma a me è lecito formulare il dubbio se all'Eppinger sarebbe ugualmente sorta l'idea di tal tentativo, nel caso che non fosse stato preceduto dalla *dimostrata guaribilità del complesso perniciosiforme nella mia forma mediante la splenectomia*. A conferma riporto testualmente (passando in corsivo, per maggior chiarezza, le parole dell'A. che mi riguardano personalmente) quanto il Mosse enunciò alla Società Medica di Berlino, a proposito di un suo caso di anemia perniciosa favorevolmente influenzato dalla splenectomia (Mosse M.: *Zur Lehre von den Krankheiten mit gesteigerter Hämolyse*: a) *Pigmentcirrhose*; b) *Milzexstirpation bei perniciös - hämolytischer Anämie*. « Berliner klin. Woch., », 1913, n. 44 e 45) in rapporto ad una sua spontanea rivendicazione della mia priorità rispetto all'Eppinger e al Decastello:

« *Noch vor den Wiener Autoren hat ein italienischer Autor, Antonelli*, aus der Klinik von Baccelli, über die erfolgreich ausgeführte Splenektomie bei der perniciösen Anämie berichtet ».

E in altro luogo della sua pubblicazione:

« *Uebrigens berichtete ein italienischer Autor, Antonelli, bereits vor den Mitteilungen von Eppinger und Decastello* von einer erfolgreich ausgeführten Splenektomie bei einem Falle von erworbenem hämolytischen Icterus, dessen Blutbild den Typus der perniciösen Anämie aufwies ».

Tali obbiettivi rilievi da parte di un autore straniero fanno contrasto con la negligenza degli autori, soprattutto italiani, che non hanno tenuto il debito conto nè precisato le linee più originali del mio personale contributo nel campo degli itteri emolitici.

Ma, a parte la questione della splenectomia, la *forma di ittero emolitico acquisito con anemia a tipo pernicioso da me per il primo illustrata e documentata dovrebbe tenere un posto a sè in una compiuta classificazione degli itteri emolitici o, se si vuole, delle splenomegalie emolitiche, poco importa se aggiungendovi o no il mio modesto nome, che conta assai meno dei fatti.*

Roma, 18 aprile 1939.

RIASSUNTO.

L'A. ritiene opportuno richiamare l'attenzione sopra la forma di « Ittero emolitico acquisito con anemia a tipo pernicioso » da lui per il primo descritta e dimostrata nel 1912-1913, rivendicando la sua priorità nella impostazione nosografica di questo particolare quadro clinico-ematologico, che dovrebbe come tale avere un posto a sè in una compiuta classificazione degli itteri emolitici.

Ricorda anche di essere stato il primo a dimostrare in detta forma la completa scomparsa del complesso ematologico perniciosiforme mediante la splenectomia, il che preluse ai primi tentativi di Eppinger e Decastello di curare con lo stesso procedimento l'anemia perniciosa propriamente detta, tentativi naturalmente infruttuosi in quest'ultima forma morbosa.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

La peritonite primitiva da streptococco.

(L. COURTY. *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 7 maggio 1939).

Tra le peritoniti ematogene, nelle quali il microbo giunge alla sierosa peritoneale per via sanguigna dopo una fase batteriemica o setticemica, le più frequenti sono la peritonite pneumococcica e quella streptococcica. Tali peritoniti possono essere metastatiche (se si manifestano in un individuo portatore di un focolaio infettivo) o primitive (se la porta d'entrata del germe sfugge alle più minuziose indagini).

La peritonite primitiva da streptococco è molto rara, almeno se si tiene conto dei casi pubblicati ed è più frequente nella donna che nell'uomo. In essa l'addome si riempie di un liquido purulento, senza odore, senza pseudomembrane, senza aderenze e senza tendenza all'incistamento, come invece si osserva nella peritonite da pneumococco.

Mondor distingue tre forme cliniche: una forma acutissima setticemica (che è la più frequente), una forma acuta e una forma subacuta (eccezionale). Nella forma acutissima, dopo fenomeni premonitori costituiti da angina e lieve movimento febbrile, scoppia la sindrome addominale, caratterizzata da una sproporzione tra i segni generali di infezione e la banalità dei sintomi addominali. Il dolore è diffuso, intenso ma sopportabile: si accompagna spesso a diarrea (al contrario di quanto avviene di solito nelle peritoniti). Il malato si lagna di cefalea (segno eccezionale nelle peritoniti) ed ha dei brividi: la temperatura sale di colpo a 39°-40°,5, il polso batte a 110-120. La facies è contratta e leggermente cianotica, con erpete.

Il paziente muore in 4-5 giorni in collasso cardiaco ed ipotermia.

Nella forma acuta, meno grave della precedente ma tuttavia decorrente con gravi fenomeni generali, sono in primo piano i fenomeni addominali con sintomatologia schiettamente peritonitica. Vi è però cefalea, diarrea e piccoli brividi. L'intervento chirurgico può in questi casi portare alla guarigione. La forma subacuta è rarissima ed in essa l'infezione peritoneale ha tendenza a limitarsi ed a formare una raccolta purulenta.

La diagnosi di peritonite da streptococco si baserà sulla conoscenza di una angina nei giorni precedenti, (tenendo conto della presenza quasi costante di un intervallo libero di qualche giorno tra l'angina e l'inizio della sindrome addominale), sulla comparsa della sindrome in periodo mestruale, l'associazione della sindrome addominale con fenomeni generali molto intensi, sulla presenza di particolari sintomi (cefalea, brividi, diarrea, erpes, agitazione) insoliti nelle peritoniti acute. La diagnosi può essere confermata da una puntura esplorativa nel Douglas.

La diagnosi differenziale principale è da farsi con la peritonite pneumococcica anche perchè, mentre in questa conviene attendere il raffreddamento, in quella streptococcica invece si impone un intervento precoce. Nella peritonite pneumococcica la facies è per lo più voluttuosa ed i sintomi addominali sono molto leggeri, in contrasto con l'intensità dei segni generali, che però non raggiunge quella che si ha nella peritonite streptococcica. Inoltre la peritonite da pneumococco è una malattia del bambino e soprattutto della bambina; quella da streptococco invece si ha nell'adulto, specialmente di sesso femminile. La peritonite da pneumococco ha tendenza alla localizzazione.

La terapia consiste nel trattamento locale con l'intervento chirurgico, nel trattamento dei fenomeni generali (cardiotonici, fleboclisi di soluzione fisiologica e di soluzioni ipertoniche di cloruro di sodio al 10-20 %) e nel trattamento antistreptococcico mediante somministrazione di siero antistreptococcico ad alte dosi e di preparati sulfamidici.

F. TOSTI.

Sindrome spleno-periviscerale e spleno-ulcerosa.

Contributo allo studio delle lesioni extra-spleniche nel corso delle splenomegalie dette pilotrombosiche.

(J. CAROLI, P. GUÉRIN, L. SCALFI. *Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, n. 10, dicembre 1938).

Descrivendo alcuni casi da loro studiati, gli AA. hanno voluto attirare l'attenzione su due sindromi che possono trovarsi associate od anche sopravvenire isolatamente: la sindrome periviscerale e quella spleno-ulcerosa.

Nella I osservazione gli AA. studiano il caso di un uomo di 26 anni, il quale nel 1928, all'età di 16 anni, venne operato d'urgenza per appendicite acuta banale. La ferita si fistolizzò e la temperatura oscillò a lungo fra 39° e 38°. Dopo due anni venne di nuovo operato per peritonite generalizzata; la febbre oscillò per un mese intorno ai 38°, poi lo stato generale si aggravò. La guarigione avvenne inaspettata dopo l'evacuazione per vomito a più riprese di un pus abbondante e fetido. Nell'ottobre 1932 comparve ematemesi di sangue nero e nel febbraio 1935 un'ematemesi di sangue rosso. Nel 1937 nella stessa giornata sopravvennero nove vomiti di sangue rutilante e poi altre ematemesi dopo due settimane. Nel

gennaio 1938 venne operato, senza per altro che il chirurgo scoprisse lesioni parietali dello stomaco, duodeno e vescichetta. In queste condizioni venne affidato alle cure degli AA. e ancora operato di splenectomia con esito letale. All'autopsia si potè rilevare:

Addome: sinfisi completa della massa intestinale alla parete; nessuna alterazione trombotica della vena porta e dei suoi rami.

Stomaco: lesione erosiva della mucosa gastrica con ipertrofia marcata del tessuto muscolare dell'antro pilorico.

Milza: ingrandita: 800 gr.; reticolosi intensa con leggero grado di fibrosi.

Esclusa la cirrosi, la piloflebite e le varici esofagee, dopo aver anche esclusa l'esistenza di focolai tubercolari, gli AA. concludono che in questo caso la splenomegalia debba essere attribuita ad una reazione infiammatoria secondaria ad una peritonite purulenta; l'ulcera sembra associata alla splenomegalia fibrosa semplice.

Gli AA. espongono poi un secondo caso di cirrosi epato-splenica e ulcera duodenale di origine sconosciuta, complicata da emorragia digestiva mortale non dovuta all'ulcera già a metà cicatrizzata ma — secondo gli AA. — a rottura di varice del cardias.

In un 3° caso si tratta invece di ulcera duodenale sopravvenuta nel caso di una cirrosi alcoolica epatosplenomegalica complicata non solo da emorragia ma anche da perforazione in peritoneo libero.

Concludendo gli AA. osservano che nella sindrome spleno-periviscerale le aderenze intorno al tratto digestivo, coesistendo con una splenomegalia, sono a volte limitate al bulbo duodenale altre volte estese a tutto l'addome. Nel primo caso gli AA. si domandano se la peritonite non sia piuttosto la causa della splenomegalia che una lesione associata o secondaria.

La sindrome spleno-ulcerosa, già studiata da Greppi e da un numero considerevole di italiani, non è — secondo gli AA. — una coincidenza puramente fortuita, ma un accidente anatomico eventualmente legato alle alterazioni organiche e funzionali della gastrite paraspleno-megalica.

Tutte queste considerazioni dimostrano che nel corso delle splenomegalie complicate da emorragie digestive si forma una certa autonomia delle alterazioni del tratto digestivo e ciò spiega senza dubbio in gran parte la frequente persistenza post-operatoria delle emorragie.

La coesistenza degli incidenti ulcerativi non interessa quindi solo la patologia della milza ma si può ugualmente ricollegare alle cirrosi epatospleniche, siano esse o no di origine alcoolica.

S. F.

Sulla splenomegalia tubercolare cosidetta primitiva.

(D. Giulio Giunti. *Archivio dello Ist. B. It.*, dicembre 1938).

L'A. esamina un caso di « cosidetta splenomegalia tubercolare primitiva » in un contadino di 37 anni. La sindrome, insorta in pieno benessere, è caratterizzata da splenomegalia rapidamente progressiva tanto da raggiungere, in una ventina di giorni l'ombelicale trasversa; da febbre a tipo intermittente con massimo di 39°. L'exitus avviene in 30 giorni circa.

Il quadro anatomico si presentava dominato dall'enorme splenomegalia (gr. 2200) che, istologicamente, — dopo aver escluse: la linfogranulomatosi, la malattia di Gaucher, la mielosi, la linfoadenosi, — si affermò di natura tubercolare. Ad indagini esaurite, la diagnosi anatomo-patologica risultava: Linfoadenite caseoso-calcifica ilare del polmone sinistro; Esiti di pleurite fibro-adesiva bilaterale; Endoarterite tubercolare produttiva dell'ilo splenico; Spenomegalia tubercolare necroticoemorragica; Tubercolosi miliare del fegato e del midollo osseo (femore); Glomerulonefrite cronica; Focolaio di endomiocardite cronica in cuore torbido; Edema e congestione cerebrale e polmonare.

L'A. valuta il concetto di « splenomegalia tubercolare primitiva » che non ritiene anatomicamente documentabile, poichè nella totalità, o quasi, dei casi descritti come tali esistono sempre i segni più o meno palesi della tappa primitiva dell'invasione in altri organi.

L'A., d'accordo con Reitano, considera, se mai, la primitività della tubercolosi splenica una realtà clinica; ma dal punto di vista anatomico essa può, tutt'al più accettarsi come un quadro macroscopico.

Nel caso in esame l'A. ritiene che la manifestazione splenica avrebbe un suggestivo aspetto di primitività se non esistesse la linfoglandola repertata nel mediastino, a sinistra, grossa, fibrosa, con centro caseoso-calcifico. Pertanto il focolaio linfoghiandolare assume l'importanza di sorgente dell'infezione secondaria localizzatasi e sviluppatasi in un punto dominante il circolo splenico. Il vaso splenico colpito, per la sua posizione anatomica, ha determinato una ricca e ripetuta immissione di bacilli tubercolari nell'albero sanguifero della milza, dalla quale i bacilli, per via portale, sono pervenuti al fegato e da qui per il circolo generale, al midollo osseo.

L'A. concludendo afferma che, pur non essendo agevole il riconoscimento clinico di tale forma perchè essa richiama segni clinici e ripercussioni ematologiche comuni a molte altre splenomegalie, anche sotto il riflesso clinico l'argomento tuttavia progredisce.

S. F.

Sul concetto di « sindrome di Cruveilhier-Baumgarten » e sulla cosidetta « cirrosi di Cruveilhier-Baumgarten »

(A. SPINELLI. *Archivio di Patologia e Clinica Medica*, marzo 1939).

L'A. esaminando tutti i casi registrati nella letteratura come sindrome di Baumgarten o come cirrosi di Cruveilhier-Baumgarten ne fa la critica rilevando come gran parte di essi siano stati erroneamente inclusi nella sindrome descritta per i primi da Cruveilhier e da Baumgarten, sindrome la cui caratteristica essenziale è costituita dalla pervietà della vena ombellicale.

Come è noto, la v. ombellicale, la quale nella vita intrauterina riconduce il sangue dalla placenta al feto, comincia ad obliterarsi coll'iniziare della vita extrauterina fino a trasformarsi dopo il primo mese di vita in un cordone fibroso rappresentato dal legamento rotondo del fegato. Non sono da confondere con essa delle piccole vene dette ombellicali (delle quali la più notevole è la v. sovraombellicale o v. di Burow) le quali nascono nella parte addominale e, seguendo il legamento rotondo, terminano nel fegato al margine anteriore di esso: tali vene possono, nei casi di ostacolato deflusso sanguigno sovraepatico, distendersi notevolmente acquistando un calibro considerevole e costituendo il 4° gruppo delle vene porte accessorie.

Orbene lo studio della letteratura dimostra che soltanto 10 casi presentano sicuramente il carattere della pervietà della vena ombellicale e perciò solo essi sono *veri* casi di sindrome di Cruveilhier-Baumgarten. Questa sindrome, per il cui sviluppo non hanno speciale importanza nè precedenti familiari nè precedenti morbosi (nemmeno la lues), presenta come caratteri costanti: 1) una epatomegalia iniziale che tende progressivamente a diminuire fino ad aversi un fegato di volume ridotto per atrofia sclerotica (diversa dalla cirrosi); 2) la presenza di un reticolo superficiale dell'addome più o meno sviluppato; 3) la persistenza della v. ombelicale. Sono invece segni incostanti: la frequenza di caput medusae o di grosse vene ectasiche e tortuose nella regione periombellicale, la presenza della ascite, la splenomegalia, la presenza di rumori venosi sull'addome.

Riguardo alla patogenesi di questa sindrome è da tener presente l'ipotesi di Bastai che la mette in rapporto a stasi intraepatica per difetti della canalizzazione sovraepatica (obliterazione parziale, stenosi completa per endoflebite, aplasia completa): ciò del resto è stato dimostrato in sei casi su dieci e non si può escludere che non si sia verificato anche nei rimanenti quattro casi.

Sotto il nome di casi di Cruveilhier-Baumgarten sono passati nella letteratura 17 casi di cirrosi volgare in cui vi era un particolare sviluppo del circolo collaterale a carico del IV gruppo delle vene porte accessorie, ma non pervietà della v. ombellicale. Si tratta di una confusione che non deve completamente farsi perchè nella sindrome di Cruveilhier-Baumgarten il fegato non presenta affatto cirrosi, ma soltanto stasi venosa cronica con atrofia parenchimale e sclerosi reattiva; manca completamente quel pervertimento del lobulo epatico con neoproduzione connettivale caratteristico della cirrosi.

F. TOSTI.

Obesità, ipogenitalismo, ritardo mentale, polidattilia, e pigmentazione retinica. Sindrome di Laurence-Moon-Biedl.

(A. SORSBY, H. AVERY e E. A. COCKAYNE. *The Quart. Journ. of Medecine*, gennaio 1939).

La siudrome di Laurence-Moon-Biedl prevale nella razza caucasica, si sviluppa ereditariamente, nel senso che negli ascendenti si trovano alcuni dei segni della sindrome.

L'obesità è sintoma costante, mentre non sono costanti la deficienza mentale e l'ipogenitalismo. A questi tre sintomi si devono aggiungere la polidattilia e la retinite pigmentosa per avere la sindrome completa. Altri difetti furono trovati nel centinaio di casi descritti nella letteratura: deformità craniche idrocefalo, ossicefalia, ptosi con asimmetria facciale, paralisi facciale a tipo centrale, cifosi, lordosi, genu valgum, pes planus, atonia muscolare, cianosi, sordo-mutismo, adiposi dolorosa, glaucoma infantile.

Due gruppi famigliari hanno studiato gli AA. e li descrivono accuratamente. A questa descrizione segue una discussione sulle numerose alterazioni teratologiche riportate nella letteratura e aventi carattere nettamente familiare.

C'è una *sindrome descritta dal Biemond* nel 1934 formata da infantilismo somatico e psichico, coloboma dell' iride e alterazioni scheletriche e di cui furono resi noti altri casi (da Van Bogaert e Delhaye e Rafner). Si tratta di una sindrome somigliantissima a quella di Laurence-Biedl, da cui alcuni casi differiscono solo per la presenza di coloboma e l'assenza di retinite pigmentosa.

Un gruppo di casi fu descritto da Kapuscinski: essi presentavano deficienza mentale, ipogenitalismo, atassia di Friedreich e sclerosi coroidale. La differenza colla sindrome di Laurence-Biedl consiste nella mancanza di adiposità e polidattilia e presenza di atassia.

Un'*altra sindrome di Biemond* è composta da atassia cerebellare, nistagmo, esoftalmo e brachidattilia., Il Best ha descritto il gigantismo con degenerazione retinica, il Cavallacci obesità con microoftalmo e altre anomalie oculari, il Casini obesità, pigmentazione cutanea, retinite pigmentosa e meningocele.

Porta il nome di sindrome di Stewart-Novel

una sindrome già descritta dal nostro Morgagni: obesità, cefalea invincibile, disturbi psichici, iperostosi interna frontale.

Sorsby ha descritto distrofia apicale ereditaria delle mani e dei piedi con coloboma maculare bilaterale, e anche adiposità, atrofia ottica e deficienza mentale.

Ochi ha veduto la sindattilia associata al distacco retinico.

Dal lato patogenetico tutte queste sindromi possono essere determinate da due geni recessivi in uno stesso cromosoma o da alterazioni del cromosoma (dislocazione o translocazione).

L.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

W. GRAPPA. *L'exeresi del frenico. (Anatomia-Fisiologia-Clinica. Effetti terapeutici).* Tipografia F.lli Corti. Como, 1938.

Parodi presenta questo volume con un giudizio molto lusinghiero e in realtà i fatti, le cifre e le statistiche che Grappa ha raccolto con spirito di paziente e diligente ricerca e vaglio critico sicuro sulla operazione di Stuertz-Felix, hanno un loro indiscusso valore per la vastità della documentazione raccolta. L'editore ha dato una nitida veste al volume che in oltre 400 pagine illustra in ogni campo l'exeresi del frenico: dalla storia del suo inizio per merito di Stuertz (1891) alla sua evoluzione, alla anatomia del frenico studiata sull'apporto dei contributi mondiali, alla fisiologia delle componenti spinali e simpatica; al meccanismo d'azione della frenicoexeresi che induce modificazioni della meccanica toraco-polmonare, della circolazione polmonare e del parenchima e dello stato generale. A questa prima parte segue uno studio bibliografico basato su 9091 casi di frenico-exeresi comunicati dagli AA. e raccolti dalla letteratura mondiale; di questi il 95,32 % di frenicoexeresi autonome e il 4,68 % associate. Nonostante che questo genere di statistiche sia forzatamente non perfetta nei suoi risultati data la diversità di criterio clinico, radiologico, di classificazione dei risultati a seconda dei diversi AA., pure il materiale è stato pazientemente vagliato e suddiviso così che i quadri dei risultati finali sono da ritenere molto significativi.

Si vede come la frenicoexeresi monolaterale autonoma in 4731 casi dei quali è stata possibile la cernita statistica abbia dato un 50 % di risultati favorevole, un 20 % di indifferenti, e un 30 % va diviso fra peggioramenti e mortalità. I risultati vengono considerati anche in rapporto alla gravità e al grado di attività delle lesioni e della loro estensione. Reperti anatomo-patologici di polmoni di individui trattati con l'exeresi del frenico, modificazioni indotte dalla frenico-exeresi sulla respirazione, le complicanze operatorie descritte dai vari chirurgi a carico dei vari apparati organici, le discussioni sul potere emostatico dell'intervento vengono illustrate sulla base di un materiale vastissimo.

Dopo un interessante capitolo sulle varie indicazioni della frenico-exeresi, nel singhiozzo invincibile, negli spasmi diaframmatici di origine tetanica, nella sinfisi pericardica, ecc. Grappa parla altresì del valore economico sociale dell'intervento sul frenico, poichè si disse la frenico-exeresi rappresenta una terapia che può dirsi economica; asserto che viene a cadere dato che risulta indimostrata l'efficienza terapeutica sostitutiva dell'exeresi del frenico.

Lo studio delle osservazioni personali riveste un suo peculiare interesse poichè Grappa ha potuto disporre del materiale di due sanatori dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza sociale e per un totale di 146 casi operati di frenico-exeresi e quello che più interessa il risultato a distanza è calcolato su un tempo che varia fra 5-6 anni e da un'altra discreta percentuale di operati da 9-10-11 anni. Le osservazioni e le cifre riportate, sottoposte a un vaglio critico rigoroso vanno attentamente lette e non si può darne un riassunto adeguato; e in conclusione esse non sono del tutto favorevoli all'intervento di frenico-exeresi. Vero è che all'intervento è stato chiesto in un tempo molto, troppo di più di quello che poteva dare e l'aumento dei casi in cui esso si ritenne indicato è poi andato a scapito dei risultati a distanza. Spetta alla frenico-exeresi un suo posto nella terapia chirurgica della tubercolosi polmonare; certamente limitato. Il volume è completato da interessanti considerazioni critiche sulla dottrina della frenico-exeresi, dalla esposizione della casistica personale, dalla documentazione radiografica e da un completo indice bibliografico.

Il lavoro di Grappa è lodevole e completo per quanto riguarda il capitolo della frenico-exeresi; ed è anche un saggio delle possibilità statistiche che può offrire una grande organizzazione quale l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza sociale con la documentazione clinica protratta nel tempo dei suoi assicurati.

G. BENDANDI.

R. BURNAND. *Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse.* Un vol. in-16° di 136 pagg. Masson et C.ie, Paris, 1938. Prezzo fr. 24.

Si tende generalmente a considerare nel problema tubercolare soltanto la tubercolosi aperta, con localizzazione evidente. Il quadro dell'infezione tubercolare va invece, secondo l'A., allargato a stadî mal definiti, a forme larvate, occulte, in cui si ammette che tutto l'ambiente interno sia invaso, *impregnato* dal

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

bacillo tubercolare, senza che esso dia una particolare localizzazione, ma manifestendosi con dei sintomi generali, ad andamento cronico, di solito benigni. Questa forma di impregnazione bacillare è abbastanza nota nelle sue manifestazioni più gravi — le granulie — ma lo è meno in quelle discrete.

L'A. chiarisce il concetto di impregnazione bacillare, che studia poi nelle granulie, nello stato bacillare cronico, nei malaticci ed in alcune sindromi che si riscontrano nell'infanzia.

Si tratta essenzialmente di un concetto clinico non sfuggito a qualche altro studioso, forse in rapporto con una forma attenuata del virus tubercolare e che potrà gettare molta luce su vari stati finora mal noti. L'A. ha avuto il merito di isolare bene tale concetto, di trattarlo a fondo e di esporlo con chiarezza in questa sua pubblicazione. Da ultimo, troviamo un capitolo sulla terapia, per la quale si raccomanda caldamente la tubercolina. *fil.*

M. SORRENTINO. *La tubercolosi renale.* Vol. in-8° di pagg. 95. Officine Grafiche S. A. Alberto Morano, Napoli, 1938-XIV. L. 20.

L'A. dopo avere ricordato le principali forme anatomo-patologiche della tubercolosi renale, passa a trattarne la sintomatologia; distinguendo: 1) un *periodo iniziale* decorrente con il quadro di una cistite, le cui caratteristiche principali sarebbero la febbre, la poliuria e pollachiuria, con piuria acida ; 2) un *periodo di stato* che assume quadri clinici vari, Così si osservano forme vescico-renali, vescicali pure, pielo-nefritiche; la forma dolorosa, ematurica, pio-nefrotica, ecc. In ogni forma di cistite la tubercolosi deve sempre essere sospettata.

Fra gli esami che consentono una diagnosi sicura, quando risulti negativa la ricerca del bacillo di Koch e la prova biologica va considerata molto utile la cromocistoscopia, oltre l'indagine funzionale dettagliata di ciascun rene ed i dati cistoscopici. La prognosi viene posta principalmente in relazione alla tempestività della diagnosi, permettendo una nefectomia precoce integrata da un'opportuna cura medica.

Conclude l'A. affermando che questa malattia, per la sua frequenza e pericolosità, riveste importanza sociale, onde va temuta e combattuta come la tubercolosi polmonare.

È una esposizione semplice e chiara corredata da 20 fotografie e grafici che riesce utile al medico pratico. Z.

F. BRANCATO. *Brucellosi aviaria sperimentale.* Un vol. in-8° di 61 pagg. con figg. L. Salpietra ed. Palermo, 1938, L. 15.

L'argomento delle brucellosi attira sempre più l'interesse del medico e dell'igienista per la diffusione della malattia, per i problemi diagnostici che importa e per le gravi conseguenze che apporta.

Ritenuta un tempo legata alle sole capre maltesi, si sono vedute gradatamente estendere le sorgenti d'infezione ad altri animali, fra cui specialmente i bovini ed ora, con gli studi dell'A. anche ai volatili, fra cui presentano una particolare importanza i polli.

L'esistenza di una brucellosi aviaria ormai, non può più essere messa in dubbio. L'A. è riuscito, di fatto, ad infettare polli e colombi. Risulta dagli studi dell'A. che gli uccelli, in generale, offrono notevole resistenza all'infezione, dovuta in gran parte al sistema reticolo-endoteliale. Dal punto di vista epidemiologico, pertanto, la brucellosi aviaria deve essere tenuta presente nella profilassi umana e veterinaria. *fil.*

P. REMLINGER e J. BALLY. *La maladie d'Aujeszky.* Un vol. in-8° di 202 pagg con figg. Masson et C.ie. Paris, 1938. Prezzo fr. 45.

La malattia, che passa sotto il nome del batteriologo ungherese che l'ha scoperta, è una paralisi bulbare infettiva o pseudorabbia, che colpisce molti animali (cane, gatto, bovini, ecc.) e che, lungi dall'essere limitata come dapprima si credeva al bacino del Danubio, è stata riconosciuta in molti altri paesi.

L'interesse dello studio di tale malattia risiede soprattutto nel fatto che essa è determinata da un virus filtrabile assolutamente tipico, inoculabile a tutti gli animali di laboratorio e per tutte le vie, che si mantiene facilmente e non trasmissibile all'uomo. È quindi la malattia più adatta per lo studio delle proprietà generali dei virus.

La monografia degli AA. è l'unica pubblicata sull'argomento ed è di grande utilità anche per gli studiosi di laboratorio che vogliono addestrarsi nello studio dei virus. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 4 maggio 1939.
Presidente: Prof. A. PENSA.

Ulteriore contributo alla cura delle fistole stercoracee ecc.

E. GIOJA. — L'O. richiamando una sua precedente comunicazione sullo stesso argomento, illustra altri sette casi di fistole stercoracee conseguite ad interventi per appendicite, per lo più gangrenosa, e con ascesso. In cinque casi si ottenne una guarigione spontanea, due furono operati con esito felice. Di questi ultimi uno si presentò particolarmente grave, perchè la guarigione fu potuta raggiungere solo dopo complicate vicende, attribuibili tutte alla ignorata presenza di un'appendice che affermavasi estirpata tredici anni prima; quattro operazioni addominali — di cui una difficile per estinguere una fistola stercoracea di un'ansa dell'ileo fissa allo scavo pelvico ed un intervento sul torace per empiema putrido — ne furono la conseguenza inevitabile.

L'O. è d'avviso che non sia conveniente attendere troppo a lungo una guarigione spontanea, che può anche mancare, come uno dei suoi casi dimostra. L'intervento, benchè delicato potrà condurre alla guarigione, in modo più rapido, purchè eseguito con tecnica corretta. Le difficoltà operatorie variano di volta in volta, e sono in ogni caso maggiori per le fistole dell'ileo, che non per quelle del cieco.

Estirpazione di voluminoso adeno-carcinoma del sigma mediante resezione retto-sigmoidea per via rettale.

E. GIOJA. — L'O. illustra, con la presentazione del pezzo anatomico, e di figure, un caso di voluminoso adeno-carcinoma impiantato nel tratto terminale del sigma e procidente nell'ampolla rettale, che gli riuscì di estirpare mediante resezione retto-sigmoidea praticata dal retto, ricostituendo immediatamente la continuità intestinale mediante anastomosi termino-terminale tra retto e sigma pure praticata dalla cavità del retto.

La guarigione fu raggiunta con un decorso felicissimo in meno di dieci giorni, e l'operata, una donna di 43 anni, veniva dimessa guarita in 12ª giornata.

La distrofia del semilunare del carpo.

F. LEINATI. — L'O. descrive un caso di distrofia del semilunare del carpo (morbo di Kienböck) da lui operato di asportazione parziale dell'osso con guarigione funzionale rapida e perfetta, aggiornando le cognizioni sulla eziopatogenesi della rara malattia.

Trombo-arterite luetica della polmonare e dei suoi rami principali e polmonite bilaterale interstiziale cronica specifica.

A. GIORDANO e G. MARINACCIO. — Gli OO. descrivono un caso molto raro di tromboarterite luetica della polmonare e dei suoi rami principali, con polmonite interstiziale bilaterale cronica specifica e ipertrofia del cuore destro in un soggetto di 52 anni. Discutono la morfologia e l'istogenesi delle lesioni sifilitiche del polmone anche sulla base di un esame critico della letteratura, e sostengono che gli unici dati diagnostici assoluti sono rappresentati dai fenomeni infiammatori specifici del parenchima, dei bronchi e dei vasi.

Negano la possibilità di una diagnosi macroscopica delle lesioni stesse e prendono in considerazione il valore diagnostico dei dati morfologici.

Prime ricerche sull'eliminazione urinaria dell'acido nicotinico.

A. BASERGA e P. FORNAROLI. — Data l'enorme importanza che va acquistando in biologia l'acido nicotinico dopo il suo riconoscimento come fattore antipellagroso, gli OO. si sono occupati della sua determinazione nelle urine. Essi descrivono un metodo per determinare l'acido nicotinico col fotometro di Pulfrich. Vengono pure comunicati i primi risultati ottenuti dagli OO. sull'eliminazione urinaria nell'uomo di tale sostanza prima e dopo somministrazione di 100 mg. per os.

Prime ricerche sulla tossicità dell'acido nicotinico.

P. FORNAROLI ed A. BASERGA. — *Ricerche sperimentali sulla tossicità acuta e cronica, sulla dose letale minima, sull'azione sulla pressione arteriosa sul ritmo cardiaco e sul respiro dell'acido nicotinico.*

B. UGGERI. — *Modificazioni della ghiandola mammaria del coniglio in seguito a marconiterapia encefalica.*

I corpi di Foà-Kurloff nel timo di cavia trattata con follicolina.

G. BOZZO e M. CIULLA. — Gli OO. compiono esperimenti trattando cavie femmine con benzoato di idrofollicolina in soluzione oleosa e notano, accanto a modificazioni già in parte conosciute dell'apparato genitale, della milza, e di altri organi una spiccata ipotrofia timica proporzionale con il trattamento; lo studio istologico di questi timi ha mostrato la presenza in grande quantità di cellule (dopo definite dosi del preparato) a corpi inclusi da Foà-Kurloff la cui distribuzione topografica è analoga a quella già osservata da Nenceva Redaelli nei timi ipotrofici di cavie trattate con urina di donna gravida.

Semplice metodica per la ricerca del bacillo di Koch in luce fluorescente con microscopio comune.

E. STORTI e A. ALLEGRI. — Gli OO. hanno innanzitutto controllato il metodo di Hagemann per la visione del bacillo di Koch, reso fluorescente mediante Auramina. Confermano i notevoli vantaggi offerti da tale metodo su quello comune di Ziehl, soprattutto per la rapidità dell'esame e per la facilità di vedere il bacillo in materiale che ne sono poverissimi. Il metodo di Hagemann però non si presta all'uso clinico corrente per la necessità di impiegare un apposito microscopio a fluorescenza, apparecchio costoso e di non facile uso.

Gli OO. propongono invece a quest'ultimo scopo il metodo di Keller per il quale serve il comune microscopio ed un'apposita lampada munita di filtri speciali.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Dissociazione della sensibilità di tipo corticale ed atassia determinate da un tumore del bulbo.

M. Bassi (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, settembre-ottobre 1938) riferisce un caso di tumore del bulbo nel quale la sindrome clinica (specialmente per quanto riguarda le alterazioni della sensibilità) orientava piuttosto verso la diagnosi di una neoplasia in sede parietale.

Si trattava di un giovane di 23 anni, senza particolari precedenti morbosi, in cui si è rapidamente instaurata una sindrome caratterizzata da:

a) modica emiparesi degli arti di destra;

b) modica ipocinesia del VII, X, XI e XII di destra;

c) singolare dissociazione della sensibilità, a destra, per abolizione del senso stereognostico, della cinestesia e della statestesia, ed al contrario conservazione perfetta della pallestesia, della barestesia e della sensibilità superficiale in tutti i distretti corporei (ad eccezione del territorio di innervazione del V sensitivo D. ove esisteva ipoestesia tattile e dolorifica);

d) incoordinazione motoria a carico degli arti di destra;

e) vomito di tipo cerebrale quasi quotidiano e talora ripetuto più volte nella giornata.

Nell'ultimo periodo della malattia si stabilì un'intensa cefalea occipitale che si è protratta pressochè continua fino all'obitus, dovuto ad una broncopolmonite.

All'autopsia si rilevava un grosso tumore risiedente nella regione postero laterale destra del bulbo, che, partendo anteriormente 5 mm. al disotto del solco bulbo-protuberanziale e posteriormente allo stesso livello, si estendeva sino ad un cm. al di sotto del colletto del bulbo: istologicamente si trattava di un artroblastoma a carattere maligno.

Esisteva perciò uno stridente contrasto fra sindrome clinica e reperto anatomico patologico: infatti, nonostante che vaste zone del bulbo si presentassero all'esame istopatologico come invase e distrutte dal tumore (nuclei di Goll e Burdach, dell'ipoglosso, dei nervi misti e del trigemino della metà destra del bulbo), quasi indenni apparivano molte delle funzioni cui sono adibite formazioni comprese in tali aree di distruzione.

Questa contraddizione fra reperto clinico ed anatomopatologico è stata però riscontrata anche negli altri casi di tumore bulbare consegnati alla letteratura.

Nel caso in esame inoltre è importante il fatto che esso realizzava una sindrome sensitiva che è classico riferire alle lesioni della corteccia parietale.

F. TOSTI.

L'albinismo nella interpretazione patogenetica diencefalo-ipofisaria.

Schächter (*Rassegna internazionale di clinica e terapia*, 28 febbraio 1939) mette in rilievo le nuove acquisizioni di ordine endocrinologico ed endocrino-vegetativo, le quali permettono di intravedere la possibilità di una conoscenza, finora oscura, del meccanismo patogenetico dell'albinismo, considerato dalla maggioranza degli Autori classici come espressione di una anomalia teratologica caratterizzata dall'assenza totale o parziale del pigmento normale.

La scoperta dell'ormone melanotropo (o meglio melanoforico) secreto dall'ipofisi fanno attribuire a questa ghiandola una importanza capitale nel meccanismo delle sindromi dispigmentarie (vitiligo, lentigo, chiazze « epatiche ») o apigmentarie (canizie senili, albinismo). In base a tali nuove cognizioni l'albinismo viene considerato prodotto da un perturbamento nervoso e ghiandolare (ipofisario) che si istituisce durante lo sviluppo embrionale e colpisce il sistema diencefalico-ipofisario in alcuni territori, determinando non solo il disturbo pigmentario, ma anche gli altri sintomi dell'albinismo a carico del sistema pilifero, dello sviluppo mentale e della constatazione di angiomi osservati dall'A. in alcuni casi personali. F. TOSTI.

Osservazioni su alcuni casi di leptomeningite ottico-chiasmatica.

A. Chiasserini (*La riforma Medica*, 8 aprile 1939) riferisce su tre casi di leptomeningite ottico-chiasmatica (o aracnoidite ottico-chiasmatica) da lui operati durante gli ultimi cinque anni e nei quali si ottenne un ripristino completo della funzione visiva.

A proposito di ciascun caso fa delle considerazioni sull'etiologia, sulla anatomia patologica e sui risultati ottenuti.

L'etiologia infettiva è in due dei casi evidente in quanto i sintomi a carico della funzione visiva erano insorti rapidamente dopo infezioni ai seni della faccia, ed è probabile anche nel secondo caso in cui si erano verificate infezioni multiple. La diagnosi clinica posta in tutti e tre i casi fu di probabile aracnoidite chiasmatica basata sui seguenti fatti: le suddette preesistenze; l'assenza di sintomi neurologici di localizzazione, all'infuori dei sintomi visivi; la rapida insorgenza di questi sintomi ed il loro rapido aggravarsi senza o con scarso reperto del fundus.

La sproporzione fra questi scarsi dati oftalmoscopici e la grave diminuzione del visus spiega la frequenza e la rapidità del ripristino funzionale. Ciò indica, secondo l'A. che il danno della funzione visiva oltre che alla com-

pressione diretta sul chiasma e sui nervi ottici, sia anche dovuto ad un fattore funzionale o tossico inibitore della conduzione lungo le vie ottiche.

L'A. conferma l'opinione, già espressa da altri, che la leptomeningite chiasmatica non sia che una delle localizzazioni di un processo assai più diffuso. Gli esiti straordinariamente soddisfacenti osservati in questi 3 casi non possono essere riferiti, secondo l'A., semplicemente alle manovre operatorie consistenti solo alla apertura di raccolte di liquor della cisterna o alla neurolisi periottica, ma egli pensa che tali esiti siano anche determinati da fattori simpatico-circolatori indotti dalle stesse manovre operatorie.

Ad esse forse si deve se i processi di secrezione ed assorbimento del liquor si regolarizzano e se la produzione connettiva si mantiene in limiti più discreti o comunque non arriva più ad inibire la conduzione lungo le vie ottiche.

S. F.

La sindrome della paralisi vestibolare nell'uomo.

L'interesse clinico dell'apparato vestibolare riguarda specialmente la sua stimolazione e quindi la sindrome di Menière. Esiste però anche una sindrome legata all'abolizione della funzione vestibolare, sindrome su cui non si insiste molto nell'insegnamento della neurologia.

William James per primo nel 1882 mise in evidenza un fatto già noto da lungo tempo, che cioè i sordo-muti non possono stare in piedi al buio. Egli inoltre notò che essi sono disorientati nell'acqua. Questi disturbi si associano a insensibilità per la vertigine da rotazione e furono attribuiti a perdita della funzione vestibolare.

Lavori sperimentali successivi hanno dimostrato che, tolti i riflessi labirintici, l'animale è instabile nel camminare e oscilla da un lato all'altro, non può stare diritto se lanciato in aria o gettato in acqua e non presenta movimenti compensatori degli occhi coi movimenti del capo.

Gli stessi fatti si osservano nei casi di paralisi vestibolare nell'uomo. James li descrisse nei sordo-muti, Herzfeld nella distruzione del labirinto per mastoidite e Ford e Walsh nei casi di resezione nel nervo vestibolare fatta per curare una sindrome di Menière.

Quando la sindrome di paralisi vestibolare si manifesta in conseguenza di una malattia dell'orecchio interno, la diagnosi è ovvia. P. M. Levin (*Journ. of Nervous and mental disease*, marzo 1939) descrive un caso in cui la funzione cocleare era integra e in cui non fu possibile stabilire un agente etiologico. Si trattava di un giovane di 27 anni che aveva perdita dell'equilibrio e cefalea. Sul principio egli poteva stare in equilibrio alla luce, ma non al buio, ma poi anche al buio perdeva l'equilibrio. Si accorse inoltre che nuotando sott'acqua perdeva il senso della direzione e non distingueva se nuotava andando a fondo o venendo a galla. Poi avvertì la sensazione che, ad ogni movimento del capo, gli saltassero gli oggetti attorno. Non aveva vertigini. Non esistevano altre manifestazioni morbose all'infuori di quelle vestibolari e negativi erano risultati tutti gli esami di laboratorio (compreso l'esame del liquor). L'eccitazione labirintica non provocava nessuna reazione.

L.

Sulla sclerosi multipla.

La sclerosi multipla è una malattia socialmente importante, perchè essa colpisce individui sani e giovani rendendoli infine inabili a qualsiasi utile attività. Il numero di individui che così vengono tolti ad ogni proficuo lavoro non è affatto trascurabile, in base a sue osservazioni Schaltenbrand ammette che in Germania ammali di sclerosi a placche l'1 per mille della popolazione. Infatti il numero delle persone che ammalano di sclerosi multipla è considerevolmente aumentato negli ultimi due decenni, e questo aumento di casi sarebbe secondo G. Voss (*Mediz. Klin.*, 21 aprile 1939) reale e non dovuto ad una migliore diagnosi da parte dei medici. È particolarmente interessante l'osservazione che l'aumento di morbilità concerne solo alcune determinate regioni: essa è considerevole per la Germania occidentale, nullo per la Germania orientale (103 casi in 8 cliniche occidentali, 137 casi in 5 cliniche orientali). Evidentemente fattori regionali sono importanti per la etiologia della malattia. Sotto il termine « Sclerosi multipla » si comprendono vari quadri morbosi a diversa etiologia; costituzionale, infettiva, alimentare. La teoria ereditaria della sclerosi multipla ha perso molto terreno: tanto che si dubita che i casi descritti come sclerosi ereditaria siano probabilmente da considerarsi diagnosticamente inesatti: si tratta verosimilmente di « paralisi spinale spastica », affezione nettamente ereditaria. È stata sostenuta anche una teoria avitaminica della sclerosi a placche, la somministrazione delle vitamine (specialmente B e C) migliora però solo sintomaticamente lo stato generale nervoso. Fattori infettivi hanno talvolta notevole importanza: così nei non eccezionali casi di sclerosi multipla acuta in cui si ha una sindrome di liquor di tipo infiammatorio recente. Sembra in alcuni casi dimostrato che anche i traumi e le eccessive fatiche possano provocare una sclerosi multipla.

P.

La vitamina B_1 nel trattamento di malattie nervose.

N. Holmin (*Acta med. scandinav.*, vol. 98, fasc. VI, febbraio 1939) ha sperimentato con un certo successo, su malati di affezioni ner-

vose, la vitamina B_1, somministrandola giornalmente per iniezioni endomuscolari, in quantità di 1 cmc. (pari a 10 mg. di cloruro di aneurina cristallizzato); nessun effetto spiacevole è stato osservato. I casi trattati sono i seguenti:

Parkinsonismo: 12 casi, di cui 2 senza risultato; 5 interrotti per la cura; 3 vennero favorevolmente influenzati; 2 nettamente migliorati nell'aspetto, nella voce; diminuzione del tremore e rigidità.

Neuralgia senza sintomi obbiettivi: 3 casi, di cui uno senza effetto. Negli altri due si trattava di un diabete con cefalea resistente a tutti i rimedi, che scomparve, e di una donna con adiposità e poliartrite con intensi dolori, che diventò capace di muoversi.

Miglioramenti si ebbero anche in un caso di neuralgia con spondilolistesi.

Neurite: 2 casi con miglioramento considerevole.

Sclerosi disseminata: 3 casi, di cui 1 senza effetto e gli altri 2 migliorati; uno di essi era incapace da anni di fare movimenti intenzionali, aveva una voce che non si sentiva; ora può anche bere bene da sè, parla in modo intelligibile, si serve bene delle braccia e delle mani.

Paraplegia spastica: un caso di una donna di 56 anni, ridotta a stare come una fascina nel letto, rigida e senza movimento. Dopo 3 mesi e mezzo di cura, può muoversi abbastanza, può mangiare da sè e non ha più le cefalee che la tormentavano da anni.

L'A. conclude per i benefici effetti del trattamento, consigliando di applicarlo senza scoraggiarsi se i miglioramenti non sono rapidissimi. *fil.*

Il trattamento del singhiozzo persistente con il solfato di benzedrina.

Il singhiozzo persistente in individui malati, specie in quelli che hanno subito atti operatori può provocare uno stato di grave esaurimento ed ostacolare il processo di guarigione. Si rende perciò necessario adoperare i mezzi opportuni per eliminare tale disturbo. M. S. Shaine (*American Journal Med. Sciences*, novembre 1938) in un caso di singhiozzo ostinato post-operatorio ha adoperato a tale scopo il solfato di benzedrina riuscendo a far cessare il singhiozzo e far beneficiare il paziente di parecchie ore di sonno tranquillo. Furono somministrati 20 mmgr. del farmaco in due dosi. In un secondo caso si trattava di un individuo di 65 anni. sofferente di crisi gastrointestinali ricorrenti accompagnate da singhiozzo forte e insistente con la frequenza di tre o quattro colpi al minuto. La cessazione del singhiozzo si verificò 15 minuti dopo la somministrazione di 10 mmgr. di solfato di benzedrina. Successivamente le crisi furono eliminate con la somministrazione di 1-2 compresse del farmaco, presa l'una la mattina e l'altra la sera. Sembra che i benefici effetti del solfato di benzedrina si debbano alla sua azione antispasmodica specifica sul tubo gastro-intestinale e quindi al rilasciamento delle fibre liscie. In effetti gli esami radiologici praticati dopo l'ingestione del medicamento dimostrarono modificazioni del tempo di svuotamento, diminuzione della peristalsi e rilasciamento dello spasmo del duodeno e del colon. DR.

Il fegato ad alte dosi nella cura della sindrome di Lichtein.

F. Lemmi (*Minerva Medica*, n. 9, 3 marzo 1939) riferisce un caso di anemia perniciosa classica con disturbi a carico del sistema nervoso, dovuti ad una irritazione ed a inizio di alterazione degenerativa a carico dei cordoni posteriori del midollo spinale (sindrome di Lichtein); in tale caso l'A. ha ottenuto un netto miglioramento sia a carico del quadro ematico che di quello nervoso mediante una terapia epatica a forti dosi costituita da fegato fresco introdotto per via orale (400 gr. al giorno) e da estratti di fegato (Campolo 2 iniezioni settimanali): alla terapia epatica ha associato la somministrazione di vitamina B_1 (2 iniezioni settimanali di Betaxin) e di estratto di mucosa gastrica (20 gocce 2 volte al giorno). F. TOSTI.

Cura delle cefalee e delle sindromi dolorose della faccia con l'anestesia nasale.

C. Pero (*Rivista di Patologia nervosa e mentale*, vol. LII, fasc. I) ha praticato l'anestesia di superficie della mucosa nasale in alcune algie del trigemino tipiche ed atipiche ed in alcuni casi di cefalea con etiologia sicuramente non nasale.

L'anestesia venne praticata mediante tamponamento delle fosse nasali con ovatta imbevuta di soluzione di pantocaina al 2 %.

Negli otto casi del primo gruppo, nei quali il dolore non poteva sospettarsi dipendente dal naso e nei quali non fu riscontrata nessuna alterazione nasale, si ottenne sempre un alleviamento dei disturbi.

Ugualmente nei sei casi del secondo gruppo (cefalee essenziali, da idrocefalo, da meningite) si ebbe in quattro la cessazione rapida del dolore, talvolta dopo pochi minuti, ed in due una notevole diminuzione di esso.

L'A. ritiene che il risultato di questo trattamento sia d'attribuirsi ad una falcidia di fibre nervose provocata dall'azione dell'anestesico sulla mucosa nasale. Per tale riduzione numerica di conduttori, che accorrono agli stessi centri ai quali fa capo l'innervazione sensitiva delle meningi, è possibile che uno stimolo doloroso di origine meningea non sia percepito, mancando una componente addi-

zionale importante affinchè si abbia la percezione dolorosa.

Un meccanismo analogo può essere ammesso per spiegare l'effetto antalgico dell'anestesia endonasale nelle nevralgie facciali.

DR.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

Sul valore della sternocultura. (Studio batteriologico del midollo sternale).

Nel corso di tutte le batteriemie è logico che vi siano più germi nel sangue arterioso che nel sangue venoso, perchè la funzione di filtro dei capillari si esercita anche sui germi. Si è perciò tentata la cultura del sangue capillare preferendolo al venoso, perchè più ricco di germi; ma difficoltà evidenti rendono poco pratico il metodo, sopratutto perchè non si riesce ad avere sterilmente la quantità di sangue capillare necessaria.

D'altronde il sangue della milza e del fegato, non può essere prelevato senza esporre il paziente al rischio di punture non sempre innocue.

Si è perciò pensato di ricorrere alla cultura di sangue del midollo sternale, che non solo è sangue capillare, ma contiene anche molti fagociti, spesso pieni di germi, ed è sicuramente prelevabile con una manovra assolutamente innocua.

Questo argomento di ricerca è squisitamente italiano.

Infatti per primi Pianese e Ghedini verso il 1908-1910 trovarono la leishmania nel midollo sternale, e in tempi recenti (1937) Storti ha utilizzato la sternocultura per la diagnosi batteriologica di tifo addominale, e Signorelli (1935) per la diagnosi di febbre maltese.

Recentemente questo argomento è stato oggetto di ricerche per opera di H. E. Bock (*Kli. Wo.*, 4 febbraio 1939). L'A. ha studiato 41 casi di infezioni setticemiche, eseguendo la cultura del sangue arterioso e venoso, e la sternomedullocultura.

I casi si riducono in sostanza a 27, gli altri essendosi rivelati casi di tubercolosi o di endocardite reumatica.

Il metodo più sensibile è risultato essere la cultura del sangue arterioso, che ha rivelato la presenza dei germi anche in casi, in cui la cultura sternale e venosa risultò negativa. Probabilmente perchè il focolaio è più vicino e per l'assenza di cellule batteriofaghe.

Nel sangue arterioso il numero dei germi è maggiore che nel venoso e nello sternale (Come 103:60-70) .Fra sternocultura e venocultura è certamente più redditizia la sternocultura.

In un caso di sepsis post-anginosa, in uno di colangite, in uno di mielosi leucopenica, la sternocultura fu positiva, mentre la venocultura risultò sterile.

In alcuni casi di paratifo, l'A. ottenne sempre dal midollo cultura sterile, diversamente da Storti, che nel tifo ottenne spesso il germe.

Concludendo: in corso di batteriemia, dà il maggior numero di culture positive la cultura del sangue arterioso, poi quella del midollo sternale, infine quella del sangue venoso. Ragioni di praticità fanno preferire la cultura di midollo sternale a quella di sangue arterioso.

M. COPPO.

PROBLEMI NUOVI

L'alimentazione per via endovenosa.

R. Elman e D. O. Weiner (*Journal Americ. Medic. Assoc.*, 4 marzo 1939) hanno fatte indagini intese ad accertare gli effetti delle soluzioni endovenose di aminoacidi. Hanno cominciato con il fare esperimenti su i cani. Gli amino-acidi furono ottenuti dall'idrolisi acida della caseina con l'aggiunta del 2 % di triptophan ed in qualche caso del 2 % di cistina o metionina. Per le ricerche sperimentali si prepararono quindi soluzioni di questa caseina al 10 %, che venivano passate attraverso un filtro di Seitz e versate direttamente in una soluzione di destrosio al 5-10 %. La sterilizzazione fu fatta in autoclave. La dose somministrata quotidianamente fu di grammi 0,50-2 per Kgr. di peso del corpo. L'iniezione endovenosa fu praticata lentamente e durò oltre due ore. Nei cani, nei quali si era prodotto artificialmente uno stato di deperimento e di anemia mediante salassi abbondanti e ripetuti, dopo sei ore dall'iniezione si notò un netto aumento delle proteine nel siero. In un altro gruppo di animali nei quali mediante adatta dieta si erano provocati edemi ed ipoproteinemia l'iniezione di amino-acidi determinò dopo poche ore un'evidente diminuzione degli edemi.

Quindi fu praticato questo trattamento a' otto individui che si trovavano in condizione di nutrizione generale molto gravi in seguito a malattie varie e nei quali riuscì difficile o impossibile l'alimentazione per via orale (cancro, stati setticemici, nefrosi, stenosi intestinale).

In genere furono iniettati molto lentamente 20 gr. di amino-acidi e di 80 gr. di destrosio sciolti in un litro di acqua. Durante e dopo l'iniezione non si notò alcun inconveniente. Subiettivamente i pazienti avvertivano un senso di calore. Alle autopsie (la morte non avvenne mai a causa delle iniezioni) non si notò alcuna alterazione epatica o renale che si potesse mettere in conto dell'azione tossica degli amino-acidi.

Gli effetti furono sempre soddisfacenti: migliorò lo stato generale, scomparvero gli edemi, aumentò la diuresi, aumentò la concentrazione proteinica nel siero. Tali risultati talvolta furono rapidi e molto rilevanti.

DR.

MEDICINA SCIENTIFICA

Formazioni cristalline che si ottengono da soluzione fisiologica e siero di sangue.

M. Coppo e Levi (*Sperimentale*, febbr. 1939) riferiscono su una serie di ricerche svolte, allo scopo di approfondire la conoscenza delle caratteristiche chimico-fisiche del siero, con l'applicazione di un metodo consistente nell'ottenere — per evaporazione dell'acqua — cristalli di cloruro di sodio da miscele di una soluzione del sale stesso con piccole quantità di siero. Tale metodo si fonda sul principio, già in parte dimostrato da Lecomte du Noüy, che la molecola del siero svolga un'azione direttrice, variabile con le modificazioni eventuali della sua intima struttura, sul modo di cristallizzare del Na Cl o sulla disposizione dei cristalli.

La tecnica consiste nel preparare una soluzione 0,85 % di NaCl purissimo in H_2O bidistillata nella quale viene variamente diluito il siero; si pone poi in un vetrino da orologio una aliquota esattamente misurata della miscela e si lascia il tutto — ricoperto con una mezza capsula di Petri — alla temperatura voluta e su un piano orizzontale ed immobile fino a che, evaporata l'acqua, si siano formati i cristalli.

Gli AA. hanno eseguito tali ricerche su 26 sieri umani diversi; hanno osservato differenze se il siero è fresco oppure scomplementato al calore, se il siero è prelevato prima, dopo o durante un grave shock insulinico.

In base alle esperienze eseguite essi credono di poter distinguere almeno tre tipi di formazioni cristalline, ben diversi l'uno dall'altro in quanto all'aspetto morfologico generale. Essi si domandano se il significato di tali risultati sia quello di aver rivelato che esistono alcuni tipi fondamentali di siero (quanto a struttura fisico-chimica) oppure se si tratti di assetti strutturali diversi dei sieri a seconda del vario momento biologico dell'organismo o di un effetto di anavvertite diversità di tecnica.

Gli AA. dopo aver minutamente riferito su 3 delle esperienze eseguite e su alcune esperienze di controllo, concludono affermando che tale poco noto metodo di ricerca possa essere interessante per rilevare le più fini e labili strutture del siero ottenendone un indice comprensivo, e si propongono di continuare tali ricerche per chiarire altri due problemi: l'uno biologico e l'altro cristallografico.

S. F.

VARIA

Contro gli sprechi nelle ricerche di laboratorio del medico pratico.

Molti reagenti da laboratorio alterati o non più in uso possono venire utilmente adoperati per altri scopi, dice H. Lipp (*Münch. Mediz. Wochenschr.*, 5 maggio 1939). Così un flacone contenente soda caustica al 30 % che ha corroso il tappo di sughero e presenta un sedimento bianco non va gettato: trasformata la soluzione in una al 10 % e tappata la boccetta con tappo di gomma, si ha un reagente che serve a distinguere l'intorbidamento urinario da fosfati da quello da pus: il primo si accentua, il secondo si rischiara se si aggiungono alla urina delle goccie della soluzione di soda.

Una soluzione al 3 % di solfato di rame, intorbidita, dopo filtrata serve bene alla prova di Trommer per lo zucchero. L'alcool sporcato da polvere od altro, agitato con paraffina liquida cede ad essa tutte le impurità. Tintura di iodio alterata, mescolata ad alcool puro o denaturato in proporzione 1:10 dà una ottima reazione per i pigmenti biliari nell'urina. Balsamo del Canadà indurito viene reso fluido dall'aggiunta di Xilolo. Per l'obbiettivo ad immersione l'olio di cedro può venir sostituito da olio di ricino e da glicerina, che hanno anche il vantaggio di non indurire se non si pulisce immediatamente la lente. L'etere acetico serve per dimostrare nell'urina uno speciale cromogeno che vi compare specialmente nelle ulcerazioni tubercolari dell'intestino (l'etere si colora in bleu dopo aggiunta di HCl). La polvere di guaiaco, non più in uso per la dimostrazione del sangue, serve bene per una reazione ossidativa che permette di distinguer la leucemia linfatica dalla mieloide: nell'ultima sola compare un anello bleu se si stratifica su 5 cmc. di acqua distill. con poche goccie del sangue, una soluzione alcoolica fresca al 5 % di polvere di guaiaco. Il nitrito di sodio, alterato per la sua igroscopia, serve ancora, in soluzione acquosa al 0,5 %, per la diazoreazione e per la prova uroroseinica di Volhard. L'acido ossalico oltre che a pulire metalli, serve a dimostrare un eccesso di calcio nell'urina dei psico e nevropatici (aggiungendo a gocce la soluzione 10 % di acido ossalico all'urina emessa prima del pasto di mezzogiorno, si forma un denso precipitato).

P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BENASSI e SCARZELLA. *La roentgenotherapie de l'amygdale chez l'enfant.* G. Doin, Paris, 1938.

A. SALMON. *L'importanza del sistema neuro-vegetativo nella patogenesi delle affezioni bronco-polmonari incluse le polmoniti.* Tip. Studium, Napoli, 1938.

M. ZINGALE. *Tricorrhexis nodosa circumscripta ed area Celsi.* Tip. Vannini, Firenze, 1938.

G. COZZOLI. *L'azione della simpamina sull'occhio.* Tip. Bettinelli, Verona, 1938.

A. LEROY. *Le Pentaméthylenetetrazol iniecté dans les muscles à doses moyennes et repelées calme souvent l'anxiété du melancolique et guerit de même l'eczema, l'urticaire et vraisemblablement d'autres syndromes de la même famille: asthme, migraine, ecc.* Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie, 1938.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Il disegno di legge sulla pensione ai sanitari.

Alla Camera dei Fasci e delle Corporazioni la Commissione generale del Bilancio ha tenuto la sua decima riunione sotto la presidenza del Presidente Acerbo.

Sul disegno di legge « Ordinamento della Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari » riferisce il relatore Morselli il quale rileva che i miglioramenti alle pensioni dei sanitari consistono essenzialmente nell'abbassamento dei limiti di età e di servizio per il diritto a pensione, rispettivamente dai 65 a 60 e dai 25 a 20 anni e nell'aumento dal 10 al 20 per cento delle pensioni, nei diversi casi considerati.

Si rende conto della esiguità delle pensioni (dopo 30 anni di servizio e 60 di età lire 6569 annue; dopo 35 anni di servizio e 65 di età lire 11,524) e crede doveroso render noto alla Commissione che il Commissario straordinario del Sindacato nazionale medici prof. sen. Bastianelli, considera questo provvedimento come una tappa e non come un punto di arrivo per il miglioramento delle pensioni sanitarie.

In questo senso, tenuto conto delle altissime benemerenze dei sanitari italiani, prospetta alla Commissione l'opportunità di formulare il voto che, qualora le condizioni degli enti pubblici che contribuiscono alle entrate della Cassa di previdenza lo permettano, si migliorino le pensioni.

Il Presidente avverte che, a suo avviso, la Commissione non può formulare un simile voto, per un principio d'indole generale nei confronti di tutte le categorie professionali. La Commissione, ad ogni modo, può prendere atto del voto espresso dal relatore.

Morselli propone il seguente articolo 79 aggiuntivo, concordato col ministro delle Finanze.

« Le disposizioni della presente legge hanno vigore dal 1° gennaio 1938-XVI ».

Spinelli Domenico osserva che la pensione dei medici riguarda esclusivamente il servizio che essi prestano presso gli enti pubblici, cioè una frazione minima della loro attività professionale. Aggiunge che i medici possono arrivare alla pensione di 24 mila lire all'anno, superiore a quella di qualsiasi altro funzionario del Comune.

Morselli nota che l'ipotesi prospettata dal Consigliere Spinelli è eccezionale, poichè per arrivare a 24 mila lire di pensione bisogna avere 80 anni di età e 42 di servizio.

Cianetti pur ammettendo che le pensioni dei sanitari siano così basse da non assicurare un adeguato tenore di vita a professionisti che hanno speso la loro vita per il bene della società, fa osservare che la riforma di tali pensioni non può essere promossa dalla Commissione generale del bilancio, in quanto esse sono costituite da contributi generalmente fissati da contratti collettivi di lavoro.

Il Presidente pone in discussione gli articoli, compreso l'art. 79 aggiuntivo concordato con il ministro delle Finanze. Risultano approvati.

CULTURA SUPERIORE

Provvidenze per gli assistenti universitari.

Dalla relazione che il Direttore Generale della Istruzione Superiore dott. Giuseppe Giustini ha recentemente presentato nella prima riunione del Consiglio Nazionale dell'Educazione si apprende che è stata finalmente risolta una questione molto importante nell'interesse degli assistenti universitari.

È noto — dice la relazione — che l'art. 133 del Testo Unico prevede il passaggio degli aiuti e assistenti assunti in seguito a concorso e aventi cinque anni almeno di continuato e lodevole servizio, oltre che nei ruoli degli insegnanti medi, anche nei ruoli di altre pubbliche amministrazioni.

Per l'esecuzione di tale disposizione occorreva stabilire con i vari Ministri interessati le modalità e limiti del passaggio. Ora questi accordi sono stati presi, ed il provvedimento è stato predisposto e firmato da Sua Maestà il Re Imperatore in data 8 aprile u. s.

Per effetto di tale provvedimento, che è stato controfirmato dai Ministri interessati, gli aiuti e assistenti, entro i limiti stabiliti dallo stesso provvedimento, potranno ottenere il passaggio, in ruoli dipendenti dai Ministeri dell'Interno, di Grazia e Giustizia, delle Finanze, della Guerra, della Marina, della stessa Educazione Nazionale, dei Lavori Pubblici e delle Corporazioni, a posti tecnici di gruppo *A*, con un grado iniziale di carriera variabile dall'11° al 9°.

È questa una provvidenza della quale il personale aiuto e assistente sarà certamente grato a S. E. il Ministro.

CONCORSI.

Posti vacanti.

BRESCIA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso pubblico, per titoli e per esami, a due posti di medico direttore di sezione dispensariale. Scadenza 31 luglio 1939. Chiedere il bando di concorso alla Segreteria del Consorzio in Palazzo Broletto - Brescia.

COMO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico dirigente di Dispensario; titoli ed esami, L. 13.500 e 6 trienni dec.; indenn. trasferta (per il 1939 L. 500 mensili); nomine e conferme quinquennali; età limite 40 a. Scad. ore 18 del 30 giugno. Chiedere annunzio.

POTENZA. *Consorzio prov. antituberc.* — Medico aiuto del dispensario prov.; titoli ed esami; lire 13.000 e 2 quinquenni dec.; abilitaz. all'esercizio da almeno due anni. Scad. 26 giugno, ore 18. Rivolgersi alla Segreteria, via Roma 2.

SONDRIO. — È aperto pubblico concorso, per titoli, al posto di Medico Primario presso l'ospedale Psichiatrico Provinciale di Sondrio. Stipendio: annue L. 11.000, indennità di servizio attivo di L. 3000, l'indennità caro-viveri, oltre l'alloggio gratuito. Trattenute ed aumenti di legge. Scadenza ore dodici del 31 agosto 1939. Richiedere spiegazioni alla Segreteria generale della Provincia di Sondrio.

RR. Prefetture.

Proroga della presentazione dei documenti per i concorsi sanitari.

In esecuzione delle disposizioni impartite dal Ministero dell'Interno, Direzione generale di sanità pubblica, si avverte che il termine per la presentazione delle istanze per l'ammissione ai concorsi sanitari condotti indetti a suo tempo dalle RR. Prefetture, è stato prorogato a tutto il 20 agosto p. v.

In conseguenza di ciò gli interessati dovranno presentare, entro il termine predetto, le domande corredate dai prescritti documenti.

Concorsi a premi.

Sindacato Provinciale Fascista Medici di Novara.

Il Sindacato Provinciale Fascista Medici di Novara, con l'approvazione del superiore Sindacato Nazionale e per iniziativa di uno dei propri associati il quale ha offerta la somma occorrente, bandisce un Concorso per una monografia inedita di ordine clinico che contribuisca a chiarire uno dei seguenti problemi, a scelta: « Allucinazioni », « Schizofrenie ».

Possono partecipare al Concorso tutti i medici italiani iscritti nei rispettivi Sindacati Provinciali Medici.

Il termine utile per l'invio dei lavori partecipanti al Concorso scade il 30 giugno 1940-XVIII.

Le monografie, dattilografate in cinque copie, dovranno essere contrassegnate da un motto e lo stesso motto dovrà essere ripetuto su di una busta chiusa contenente nome, cognome e indirizzo preciso dell'autore.

Al lavoro giudicato migliore da apposita commissione della quale faranno parte, tra gli altri, il Segretario del Sindacato Medici di Novara, due titolari di Cattedra neuropsichiatrica e un direttore di Ospedale psichiatrico, sarà assegnato un premio di L. 4000 (quattromila).

Il giudizio della Commissione è inappellabile.

Le monografie partecipanti al Concorso dovranno essere inviate al Sindacato Provinciale Fascista Medici di Novara, corso Regina Margherita 6, entro le ore 19 del 30 giugno 1940-XVIII.

La partecipazione al Concorso comporta l'accettazione di tutte le condizioni contenute nel bando.

Il Segretario del Sindacato Medici:
prof. dott. OTTAVIO CIPOLLINO.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il dott. Piero Frugoni che da quattro anni è effettivo alla Mayo Clinic di Rochester, Università del Minnesota, perseguendo sistematica preparazione in neurochirurgia, ha in questi giorni brillantemente conseguito il titolo di « Master in Sciences ».

Al dott. Frugoni, figlio del nostro illustre Direttore, le più vive e sincere felicitazioni.

La Reale Accademia dei Lincei ha conferito il premio Grassi per studi di parassitologia, dell'importo di circa L. 5000, al prof. Felice Jerace, aiuto nell'Istituto di parassitologia dell'Università di Roma, noto per le sue ricerche nel campo della malaria, della leishmaniosi e di altre malattie parassitarie. Rallegramenti cordiali all'insigne studioso.

NOTIZIE DIVERSE

14° Congresso della Società oftalmologica italiana e onoranze al prof. L. Bardelli.

Nell'aula magna della R. Università di Firenze, sotto la presidenza del senatore Ovio, si è riunito il 30 maggio il XXXV Congresso della Società oftalmologica italiana per le onoranze al prof. Lorenzo Bardelli, presidente del Comitato ordinatore del congresso, direttore della R. Clinica oculistica dell'Università di Firenze.

Ha preso per primo la parola il sen. Ovio che ha rievocata la carriera scientifica e didattica del Bardelli nonchè quella operatoria, ricordando le più brillanti operazioni fra le quali quella alla prima Regina d'Italia e le di lui altissime benemerenze verso migliaia di soldati d'Italia durante la grande e vittoriosa guerra. Il sen. Ovio per attestare al Festeggiato la riconoscenza dell'oftalmologia italiana ha consegnato al prof. Bardelli una grande medaglia d'oro con la sua effigie.

Ha parlato poi il prof. V. Cavara, direttore della Clinica oculistica della R. Università di Roma, allievo del grande Maestro, ricordandone l'eminente carriera scientifica e didattica nonchè gli innumerevoli successi professionali da oltre 40 anni, tanto verso le persone più umili che verso le più alte personalità italiane e straniere, rappresentanti della politica, della nobiltà, del censo, ecc. A nome di tutti gli oculisti d'Italia ha consegnato l'importo di L. 40.000 per la creazione di una borsa perpetua di studio a nome del Bardelli.

Il prof. Cappelli, preside della Facoltà Medica di Firenze, in rappresentanza del Rettore Magnifico, precariamente assente ed a suo nome, nel prendere in consegna la detta somma, ha rivolto a nome del Rettore Magnifico e dell'Università di Firenze al prof. Bardelli affettuose espressioni della più alta stima.

Il prof. Bardelli ha ringraziato gli oratori e tutti i congressisti ricordando come l'oculistica italiana, ormai in linea con i comandamenti del Duce, sia in progressivo e costante sviluppo tanto che nell'ultimo congresso internazionale del Cairo essa, al pari di quella tedesca, riportò un autentico successo di primato.

Dopo il Congresso ha iniziato i suoi lavori scientifici che si sono poi svolti attivi.

3° Convegno di studi e ricerche sul parkinsonismo postencefalitico.

Il 2 giugno, alla presenza della Regina Imperatrice, ha avuto luogo a Roma, nel Palazzo della Provincia, la solenne inaugurazione del III Convegno di studi e ricerche sulla cura del parkinsonismo post-encefalitico.

Erano intervenuti alla solenne cerimonia il Sottosegretario agli Interni, il Prefetto, il Federale, il Preside della Provincia di Roma, il Direttore Generale della Sanità pubblica e i rappresentanti delle Assemblee legislative; inoltre, gli Ambasciatori di Germania e d'Inghilterra, il Ministro di Bulgaria presso il Quirinale, il Direttore dell'Istituto « Regina Elena » a Villa Pamphili, i direttori delle cliniche della R. Università di Roma e alti esponenti della medicina italiana.

Il Direttore generale della Sanità pubblica, prof. Petragnani, ha ricordato come per interessamento

della nostra Sovrana sia stato dato un nuovo indirizzo unico alla cura basata su fondamento scientifico; cura ora diffusa in tutta Italia mercè le provvidenze sollecite adottate dal Sottosegretario all'Interno. In totale, sono messi a disposizione delle amministrazioni provinciali 1837 letti; i ricoverati sin'ora sono stati circa 6000; si impiegano 3500 kg. di radici di belladonna, sopperite per intero in Italia.

Il Preside della Provincia principe G. G. Borghese ha rivolto parole di devoto ringraziamento alla Regina Imperatrice, squisitamente sensibile ad ogni sofferenza umana, per essersi degnata di intervenire alla cerimonia e si è unito alle parole del prof. Petragnani nell'esaltare la magnifica opera dell'Augusta Signora, alla quale ha espresso la rispettosa gratitudine da parte di tutti i Presidi delle Province d'Italia. L'Italia è alla testa, in quanto riguarda l'assistenza ai post-encefalitici, per i quali ha eretto più di 30 istituti; come esempio, cita Roma ove l'Istituto Provinciale Regina Elena, sostenuto con la cooperazione degli Ospedali Riuniti e del Governatorato, è capace di oltre 200 letti; l'attrezzatura ed il funzionamento possono giudicarsi dalla spesa di 2 milioni l'anno, prevista nel bilancio provinciale. Il Governo Fascista, per precisa volontà del Duce, interpretando il pensiero e il sentimento della Sovrana, ha affrontato risolutamente il problema della cura dei malati di parkinsonismo postencefalitico.

Il Sottosegretario Buffarini, in nome del Re Imperatore, con l'augusto consenso della Regina Imperatrice, e presi gli ordini dal Duce, ha dichiarato aperto il Congresso.

Vivamente acclamato ha preso quindi la parola il prof. Panegrossi, direttore generale dell'Istituto « Regina Elena » di Roma per la cura degli encefalitici, il quale ha aperto il Convegno illustrando gli alti scopi scientifici.

Si sono poi svolti i lavori del Congresso.

4° Congresso nazionale di radiologia.

Dal 27 al 29 maggio hanno avuto luogo in Torino la riunione annuale del Comitato internazionale della luce e il IV Congresso nazionale di radiobiologia, sotto la presidenza del prof. M. Ponzio, direttore degli Istituti di radiologia dell'Ordine Mauriziano e dell'Università di Torino.

All'inaugurazione del congresso, il 28 maggio, nell'aula magna dell'Università, era presente un forte numero di scienziati italiani e stranieri. Il saluto ai congressisti, anche a nome del rettore dell'Università, è stato dato dal preside della Facoltà di medicina prof. Allaria. Hanno preso poi la parola il prof. Ruggero Valli, dell'Università di Modena e il prof. Palmieri, presidente della Società italiana di radiobiologia, che, a nome della Società, ha offerto al prof. Ponzio una medaglia ricordo. Il prof. Ponzio ha risposto con commosse parole.

Nelle sedute successive furono trattati importanti problemi di interesse scientifico e pratico, concernenti l'impiego delle sostanze luminose, dei raggi X, del radium e delle altre sostanze radioattive nel campo della biologia e della terapia, con particolare riguardo al problema dei tumori.

Fra i molti argomenti che formarono oggetto di studio e di discussione sono da segnalare le più recenti scoperte sulla disgregazione dell'atomo e sopra le sostanze radioattive artificiali, al cui studio ha recato notevole contributo la Scuola del Fermi di Roma, che, per le sue scoperte, ha avuto il premio Nobel. Su questo argomento tenne la conferenza inaugurale il prof. Rasetti, dell'Università di Roma.

4° Congresso della Società italiana di urologia. Commemorazione di Domenico Taddei.

Il 30 aprile si tenne a Ferrara il quarto raduno della Società Italiana di Urologia, dedicato alla memoria dell'insigne chirurgo Domenico Taddei, ferrarese di nascita, spentosi l'anno scorso a Firenze. Alla riunione erano intervenute tutte le autorità ferraresi, con a capo S. E. il prefetto, il podestà, il vice-federale, il preside della Provincia, il comandante del corpo d'armata, alti magistrati, ecc. Erano presenti tutti i più illustri urologi d'Italia ed erano rappresentate le Università di Firenze, Roma, Siena, Padova, Cagliari, Bologna, le Società tosco-umbra e romagnola di Chirurgia. Numerosissime le adesioni. Erano pure presenti la vedova ed il figliuolo del Taddei.

Il prof. Calzolari, rettore dell'Università di Ferrara, iniziò la cerimonia pronunziando un breve e commosso discorso; dopo aver accennato alle alte virtù civili e scientifiche di Domenico Taddei, porse un ringraziamento alla vedova e al figliuolo prof. Antonio, che hanno deciso di onorare la memoria del loro caro scomparso legando il suo nome ad un'opera di bene in favore di giovani meritevoli d'aiuto, iscritti alla Facoltà medica dell'Università di Ferrara. Si associarono con commosse parole il prof. Gaetano Boschi, presidente dell'Accademia delle scienze mediche e naturali, il prof. Fedeli a nome della scuola di Chirurgia dell'Università di Firenze, e infine il prof. Bonanome, presidente della Società italiana di Urologia.

Tra il più religioso raccoglimento il prof. F. Nassetti, primo allievo di Taddei e direttore dell'Istituto di Patologia Chirurgica dell'Università, tenne il discorso commemorativo ufficiale. Dopo aver rapidamente accennato al periodo formativo della vita dell'illustre Estinto, l'O. parlò dei meriti che Domenico Taddei ebbe, oltre che come grande scienziato e grande chirurgo, soprattutto come Caposcuola. « Il suo più alto orgoglio fu difatti la scuola che paternamente curò, affinò, preparò, rendendola numerosa e fiorente. Molti sono gli allievi che lo onorarono, oggi sparsi in tutta Italia. Sono tutti con me in questo momento, presenti e assenti, tesi in atto di devoto omaggio nell'evocare la memoria del Maestro incomparabile ».

La commossa rievocazione dell'insigne Maestro fu attentamente seguita dall'uditorio che alla fine in piedi rese omaggio alla memoria dello Scienziato con un minuto di raccoglimento. A nome dei familiari ringraziò commosso il figlio dello Scomparso. Dopo una breve interruzione si diede quindi inizio ai lavori del Convegno, cui parteciparono con interessantissime comunicazioni scientifiche molti dei chirurgi convenuti da ogni parte d'Italia.

La " settimana sanitaria „ a Padova.

Dall'11 giugno ha luogo a Padova la importante manifestazione della « Settimana Sanitaria », tipica nel suo genere non meno che per le caratteristiche nelle quali si riflette la imponente attività data dei numerosi e cospicui provvedimenti di così larga base benefica che presiedono l'opera profusa dal Regime in favore della stirpe.

Or sono sette anni, in collaborazione con l'Ate-

neo di Padova, il Sindacato Padovano dei Medici per un più fecondo impulso oltre che in senso esplicitamente scientifico, anche e principalmente per una maggiore e pratica risoluzione ed applicazione dei vari problemi orientati al campo sociale, si rendeva iniziatore della Settimana medica, che continuò poi con graduale risalto nelle successive manifestazioni.

Da questo così felice tentativo di atteggiare entro una veduta teorica-pratica i nuovi sviluppi scientifici sanitari, quali risultavano da una più spiccata coesione fra categoria e categoria in base alla evoluzione stessa delle direttive impartite a man mano che da un problema all'altro si diffondeva l'alito vivificatore dei princìpi enunciati, ecco delinearsi a più vasta struttura per cui notevolmente si segnala del massimo interesse questa manifestazione che correrà sotto il nome più comprensivo di « Settimana Sanitaria ».

Alla base della iniziativa, ormai sicura e nobilissima impresa, è costante quell'indirizzo, sulla cui norma potè sorgere e adeguatamente affermarsi, che assume per proprio basilare concetto il più severo apporto dottrinale, vanto del glorioso Ateneo padovano, che la dottrina medica irradia da secoli. Di qui il contributo culturale che illustri docenti della Università stessa recheranno al rilevante uditorio dei medici il cui concorso è assicurato da ogni provincia d'Italia; e già traspare dallo schema preliminare delle frequenti e varie lezioni da tenersi durante la « Settimana Sanitaria », dotate anche di particolari corsi di aggiornamento per la sezione farmacologica rappresentata da un folto stuolo di aderenti.

È in questo modo, più sopra lo si è notato, che da una sede di assoluta ed evoluta scienza si passerà al altri settori ugualmente improntati di nobilissima attività scientifica ma con particolare richiamo ai problemi di indirizzo collettivo per i quali costantemente è vigile il Regime che anima gagliardamente tutta una somma di provvidenze e previdenze sociali ed è non meno vigile e non meno costante l'opera altamente benemerita svolta per la collettività dalle categorie sanitarie.

I lineamenti programmatrici come qui esposti, della « Settimana Sanitaria », che si svolge dall'11 al 18 giugno, per i medici e dall'11 al 13 giugno per i farmacisti, si ravvivano pertanto di una feconda attività che spazia in sede scientifica e sanitaria, avvantaggiandosi questa ultima sempre più da ogni incontro con la dottrina medica, poichè appunto da una maggiore capacità di conoscere sgorga come conseguenza un altrettanto maggiore e fervoroso fare.

Alla compiuta affermazione della « Settimana Sanitaria » insieme coi Sindacati dei Medici e dei farmacisti, concorre l'Unione Provinciale Fascista Artisti e Professionisti di Padova dalla quale la manifestazione è indetta, e che ne ha avuto la cura organizzativa e preparatoria.

Altri congressi e convegni.

Nell'Accademia Lancisiana di Roma si è svolto il Convegno nazionale di medicina omeopatica. Alla seduta inaugurale hanno partecipato numerosi medici e personalità del mondo scientifico convenute a Roma da ogni parte d'Italia. Il prof. Serena, presidente dell'A.N.O.I., ha dato il benvenuto ai congressisti. Il senatore Bastianelli, commissario ministeriale del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, ha portato il saluto del Sindacato stesso, auspicando un felice svolgimento dei lavori ed i migliori successi a questa importante branca dell'arte medica. Anche il prof. Fioretti, Presidente dell'Accademia Lancisiana, ha formulato i suoi voti per il pieno successo del convegno. Sono seguite le relazioni dei dottori Gagliardi, Mattoli, Cenerelli, Ruberto, Zammerana, Sepe, Serena, Petibon, ecc., seguite da discussioni.

Il Convegno che l'Associazione delle dottoresse in medicina e chirurgia aveva indetto per i giorni 27-28 maggio in Salsomaggiore è stato rimandato, onde evitare la coincidenza della grande adunata in Roma ordinata dal Partito, delle Donne Fasciste e Professioniste. Il convegno si terrà in ottobre, in giorni da fissarsi.

Resta anche rinviato il « Concorso per il Centenario di Salsomaggiore », che la gestione delle R. Terme ha bandito per il migliore lavoro di raccolta o sperimentale sul tema: « Le cure termali in genere e in specie le cure termali di Salsomaggiore nella prima infanzia dalla nascita al V anno di vita ».

Ricordiamo che il Congresso internazionale della Federazione latina delle Società di eugenica è indetto a Bucarest dal 25 al 30 settembre. L'organizzazione dei servizi turistici è affidata alla Ditta Cook (Agenzie italiane), i cui uffici si tengono a disposizione dei medici, per chiarimenti circa il viaggio e il soggiorno in Rumenia e per un programma di massima. Uffici di Roma: piazza San Silvestro 93 e via Vittorio Veneto 9-11.

Alle Terme d'Italia.

Abbiamo già dato notizia, nello scorso numero, di un viaggio organizzato dal Sindacato nazionale fascista dei medici alle Terme dell'Emilia-Romagna e della Toscana, le quali sono tra le più celebrate.

Siamo lieti ora di annunziare che il termine per le adesioni e per il versamento della quota è stato prorogato al 15 giugno.

Il viaggio si compirà in dieci lussuosi torpedoni della C.I.T.; i partecipanti non potranno superare il numero di 300. Durante il viaggio, che si svolgerà dal 25 al 29 giugno, da e per Bologna, i medici avranno a disposizione opuscoli e carte illustrative, mentre nelle stazioni termali apposito personale incaricato illustrerà compiutamente, a singoli gruppi, l'attrezzatura tecnica, le modalità e possibilità terapeutiche, l'organizzazione turistica, ecc. La quota di partecipazione, fissata nella modesta somma di L. 150, dà diritto al viaggio ed al soggiorno nelle Stazioni termali; tutte le spese di soggiorno (vitto e alloggio) sono state assunte dalle Stazioni termali.

Il versamento della quota va fatto al Sindacato, Sezione idroclimatologica (via Toscana 5, Roma) ovvero alla Direzione generale della C.I.T. (piazza Esedra, Roma); a richiesta, s'invia il programma.

Alla Reale Accademia dei Lincei. La fusione con la Reale Accademia d'Italia.

Il 4 giugno la Reale Accademia Nazionale dei Lincei ha tenuto — alla presenza augusta di Sua Maestà il Re e Imperatore — la sua solenne adunanza annuale.

Il Presidente dell'Accademia dei Lincei, senatore Millosevich, ha riferito brevemente sulla attività dell'Accademia durante il decorso anno, nel quale sono stati stampati circa dieci grossi volumi di atti e di altre pubblicazioni, per un complesso di quasi ottomila pagine. Ha poi proclamato i premiati.

Quindi il prof. Pericle Ducati ha tenuto una ampia e dotta dissertazione sul suggestivo tema: « Romana Ars » che è stata applauditissima.

Dopo la tornata reale, gli Accademici dei Lincei e le principali autorità colà convenute sono passate nella sede della Reale Accademia d'Italia alla Farnesina, dove il Presidente Federzoni ha rivolto brevi parole per celebrare la fusione, voluta dal Duce, dei due grandi Istituti di alta cultura esistenti in Roma, per il più intenso sviluppo del movimento intellettuale nell'Italia fascista.

Il presidente senatore Federzoni ha annunziato che le importanti riprese e pubblicazioni scientifiche, che son vanto dei Lincei, saranno continuate ed anzi avranno, col nuovo ordinamento, un incremento sempre maggiore. L'Accademia d'Italia, rafforzata dal nuovo apporto di pure e potenti energie, sarà sempre più un organismo di vita, al servizio della scienza e della Patria fascista.

Edoardo Maragliano festeggiato per il 90° genetliaco.

Sono stati festeggiati, il 4 giugno, a Genova, nell'aula della clinica medica dell'Università, i novant'anni del senatore Edoardo Maragliano.

Attorno al Maestro erano il rettore magnifico, illustri sanitari suoi discepoli, i figli, le autorità e personalità cittadine. Al senatore è stata offerta a ricordo una targa di bronzo. Dopo elevate parole del sen. Moresco, ha fatto seguito il prof. Sabatini, direttore della clinica medica, illustrando le alte benemerenze del festeggiato. Più di ogni parola valgono a dimostrare l'operosità della sua scuola nei suoi 44 anni d'insegnamento, le cifre di bilancio scientifico di pubblicazioni: 3450; inoltre 48 libere docenze ed 8 allievi saliti al fastigio delle cattedre universitarie: Queirolo, Livierato senior, Pietro Castellino, Lucatello, Devoto, Livierato junior, Barlocco, Jemma, oltre ai figli Vittorio e Dario Maragliano.

A tutti ha risposto Edoardo Maragliano ringraziando le autorità e personalità tutte per la partecipazione presa al suo giubileo.

Un busto al prof. Giannelli.

All'ospedale provinciale di S. Maria della Pietà in Roma ha avuto luogo l'inaugurazione di un busto che l'Amministrazione provinciale ha voluto erigere a memoria del prof. Augusto Giannelli, creatore e primo direttore del grandioso istituto. Sono intervenuti alla cerimonia il Prefetto, il Preside della Provincia, il Vice Preside e tutto il Rettorato, il rappresentante del Federale dell'Urbe e le maggiori personalità sanitarie della Capitale.

Dopo lo scoprimento del busto, pregevole opera dello scultore Lombardi, ha commemorato l'Illustre Estinto il Rettore e consigliere nazionale Manlio Pompei, il quale ha ricordato con commossa parola l'attività scientifica e organizzativa del Giannelli. Ha ringraziato il nuovo direttore prof. Bonfiglio, affermando che la memoria della vita e delle opere del Giannelli sarà serbata da quanti dànno la loro opera all'Istituto, come un prezioso retaggio e un esempio costante.

Omaggio del Senato alla Croce Rossa Italiana.

Si è riunita al Senato, sotto la presidenza del sen. Ferrari, la Commissione delle Forze Armate, che ha approvato il disegno di legge « per la corresponsione delle indennità già concesse ai personali militi e assimilati anche alle infermiere della Croce Rossa Italiana inviate in servizio non isolato all'estero ». Il provvedimento, illustrato dal sen. Amantea, ha dato occasione al sen. Valli di rievocare la disinteressata opera prestata dalle infermiere e d'inviare un saluto al nobile Corpo che si trova a fianco dei nostri combattenti in ogni contingenza di guerra.

Il nuovo Ospedale di Milano.

Sono ultimati gli edifizi del nuovo Ospedale di Milano, che dovrà ora essere rifinito. La solenne cerimonia inaugurale si terrà in settembre e subito dopo cominceranno ad affluire nel nuovo ospedale i malati, che non vi saranno trasferiti dal vecchio ospedale sforzesco, ma accolti a misura che si presenteranno all'accettazione. Si prevede che i 1200 posti ora disponibili saranno occupati in dieci giorni. In pieno l'ospedale funzionerà solo nel prossimo anno; sarà capace allora di 5000 anime, tra degenti e personale assistente. L'ospedale — progettato dal compianto ing. Marcovigi, con la cooperazione del prof. Ronzani per la parte igienica e dell'arch. Arata per la parte artistica — consta di 17 grandi edifizi, circondati da giardini. È quanto di più perfetto oggi possa realizzarsi nella tecnica ospedaliera.

Per la propaganda dell'igiene del lavoro.

Lo sviluppo sempre crescente dell'igiene del lavoro e delle sue applicazioni, il progresso della medicina del lavoro nella quale l'Italia ha scritto e scrive pagine sì alte, hanno persuaso la Confederazione Fascista Lavoratori dell'Industria e l'O. N. D. ad intensificare la loro opera di propaganda e d'istruzione specifica in tali campi. In virtù di un recente accordo si è stabilito di istituire speciali corsi che avranno il proprio svolgimento nel mese di giugno.

Il programma comprende la illustrazione dei concetti generali per la lotta contro le malattie sociali e la illustrazione del regolamento generale per l'igiene del lavoro.

La C.F.L.I. e l'O. N. D. nell'espletamento di tale programma si varranno rispettivamente di propri delegati da scegliere possibilmente fra le assistenti sociali e delle proprie direzioni tecniche sanitarie già attrezzate per la propaganda igienica.

Un po' dovunque.

Il 4 giugno si svolge in tutta Italia la festa Corpo sanitario militare, ne daremo ulteriori notizie.

L'Associazione medica triestina si è adunata nei giorni 28 aprile, 5, 12, 19 e 26 maggio. Sono state fatte relazioni e conferenze da: C. A. Lang (patogenesi dell'appendicite); S. Forino (servizio sanitario di guerra); A. Abate (L'offesa chimica); A. Abate (Difesa contro gli aggressivi chimici e cura dei gassati); R. Moro, (Febbricole cripto-tubercolari) e C. Ravasini (Casistica urologica).

Il 16 aprile, alla Casa Littoria di Addis Abeba ebbe luogo la prima riunione dei medici sportivi dello Scioa. Parlarono il prof. D'Ignazio ed il camerata Castellani, direttore del C. O. N. I. per l'A. O. I., che trattarono delle necessità sanitarie degli sportivi nell'A. O. I., e dei provvedimenti da adottare. Si deliberò l'istituzione di una scheda di valutazione per gli atleti, prima e dopo lo sforzo, e prima e durante gli allenamenti, e l'istituzione di un ambulatorio, dotato degli apparecchi occorrenti.

Il dott. Delchef si propone di tenere in luglio-agosto, alla Clinica marittima di Coq-sur-Mer, delle conversazioni e dimostrazioni sulla tubercolosi ossea, sulla chirurgia dell'apparecchio motore e di traumatologia. La data esatta sarà fissata tenendo conto dei desideri degli iscritti. Quota: 100 franchi.

Il 10 maggio alla Società fra i Cultori delle Scienze mediche di Cagliari, il prof. L. Castaldi, direttore di quell'Istituto anatomico, ha parlato sulla « Antropologia dei Còrsi » illustrando la consanguineità di questi con i Sardi e con gli Italiani meridionali, molto maggiore che con ogni altra popolazione mediterranea.

Il prof. Giuseppe Sangiorgi, dell'Università di Bari, ha tenuto una conferenza alla Scuola di applicazione di sanità militare di Firenze, sugli « Aspetti universali dell'igiene in Roma antica ».

Un cittadino novarese che desidera mantenere l'incognito, ha donato all'Ospedale Maggiore di Novara lire 300 mila, motivando l'atto come segno di stima e di affetto per il presidente dell'Ospedale sen. Aldo Rossini e di ammirazione per l'opera di rinnovamento compiuta dall'Amministrazione ospedaliera.

Sono partiti per l'Albania, d'ordine del Segretrio del Partito, 10 medici della G.I.L., che visiteranno circa 40.000 ragazzi e ne sceglieranno 10.000 che verrano in Italia ospiti delle colonie climatiche della G.I.L.

La Direzione del Partito ha inviato in Albania un autotreno sanitario, con tre autoambulanze e 40 fra medici e ausiliari.

L'Ente Italiano Audizioni Radiofoniche ha iniziato le trasmissioni « Radio Igea » per i malati; il sen. Raffaele Bastianelli ha chiarito la portata sociale e politica della iniziativa ed ha letto un messaggio del Segretario di Stato di Sua Santità Pio XII; padre Cinti ha poi pronunziato un discorso. Le radioaudizioni hanno luogo tutte le domeniche dalle 14,15 alle 14,55.

Il Duce ha ricevuto il presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, che gli ha presentato ed illustrato il bilancio dell'ente per l'esercizio 1938: risulta il poderoso sviluppo raggiunto.

Il Duce ha ricevuto il prof. G. Razzaboni, ordinario di clinica chirurgica e rettore dell'Università di Padova, il quale gli ha fatto omaggio del suo « Trattato di prognostica chirurgica ».

Il Duce ha visitato a Roma l'Istituto medico-pedagogico forense e la annessa scuola agricola, ove sono accolti un centinaio di minorenni traviati.

Il prof. Silvestro Baglioni ha tenuto in Budapest due trattazioni all'Università ed una conferenza all'Istituto italiano di cultura, presente il ministro d'Italia, sui fattori fisiologici della parola, sui fenomeni della respirazione e del linguaggio fonetico, sulla musicalità della voce. La conferenza è stata illustrata da canzoni italiane antiche e moderne interpretate dalla soprano Cina Maria Rebori.

La Commissione generale del bilancio ha approvato un disegno di legge per il trasferimneto del complesso termale di Acqui al Demanio dello Stato; questo pagherà 15.800.000 lire, di cui 9 milioni al Comune e 6.800.000 alla Società che gestisce le Terme.

L'1 giugno è giunto a Napoli, dai porti della Spagna, la nave ospedale « Gradisca », con l'ultimo nucleo di 681 legionari convalescenti dalle ferite riportate nelle ultime azioni di Catalogna e della resa di Madrid.

Su proposta del presidente della Croce Rossa di Francia, il ministro dell'igiene e della sanità pubblica ha fatto conferire, all'imperatrice dell'Annam, la croce di commendatore della sanità pubblica, in riconoscimento della sollecitudine attiva da lei accordata al comitato della Croce Rossa. La consegna è stata fatta al palazzo imperiale di Hué, con l'intervento del residente superiore dell'Annam, dei presidenti del comitato locale della Croce Rossa e dei ministri del Governo annamita.

Il n. 2 di « Accademia Medica », Bollettino ed Atti della Reale Accad. Med. di Genova, reca i discorsi tenuti per la commemorazione di Giulio Vassale, nella seduta del 14 dicembre 1938, da P. Fiori, L De Lisi e M. Capocaccia.

Il n. 4 (aprile) degli « Annaes Paulistas de Medicina y Cirurgia » è dedicato al giubileo scientifico del prof. A. de Lemos Torres, direttore della Scuola medica di San Paolo; il fascicolo consta di circa 450 pagine e contiene 26 lavori e due note biografiche.

A Roma, nel salone della Confederazione degli industriali si è svolto un trattenimento organizzato dalle « Stanze del libro », dedicato alla « poesia dei ferri chirurgici » del poeta futurista Pino Masnata, presentato da Marinetti; poi il laureando in medicina Piero Bellanova ha esposto una sua « terapia futurista contro il bacillo del passatismo ».

Si ha notizia di un chirurgo di Los Angeles, dott. Krown, specializzato in protesi estetica, il quale aveva sposato una donna ricca e molto brutta e l'aveva operata, in modo da renderla attraente; dopo ella si lasciava corteggiare dagli amici, ma il marito volle punirla: sotto anestesia, le foggiò un viso orrendo. Il pazzo criminale si è reso irreperibile.

Si è spento in Roma il dott. prof. ACHILLE ROMAGNA MANOJA, tenente colonnello medico, direttore emerito, fin dall'origine, del proprio Istituto « Gaetano Giardino », per l'assistenza agli orfani di guerra anormali psichici, membro della Commissione Medica Superiore per le Pensioni di Guerra, valente cultore di neurologia e di medicina legale. Apprezzatissimi sono stati i suoi studi sui disturbi del sonno e loro cura e sui fanciulli epilettici.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Med. Welt., 4 febbr. — S. JAUSSEN. Critica dell'ormonoterapia. — F. BERTRAM e H. E. NEVER. Insulina-lipodistrofia.

Brit. Med. Journ., 4 febbr. — J. D. GRAY. Nausea e vomito epidemici. — J. M. MARTIN. Dogmi e dubbi di un sessantennio sulla tbc.

Acta Med. Scandin., IV-V. I. VARTIAINEN e L. BASTMAN. Ritardo d'azione dell'insulina mediante arginina. — K. N. v. KAULLA. Eparina e velocità di sedim. del sangue. — S. HEINILD. Trombopenia essenz.

Neopsichichi, nov.-dic. — G. AYALA. L'algoesia e le algie degli organi della vita veget.

Rif. Med., 4 febbr. L. GIPPERICHT e U. BUTTURIERI. Rapporti funzionali tra milza e stomaco.

Münch. Med. Woch., 10 febbra. — N. v. JAGIC e O. V. ZIMMERMANN-MEINZINGEN. Tiroidectomia totale nelle malattie di circolo.

Arch. di Pat. e Cl. Med., genn. — A. BUSINCO. Direttive anatomo-cliniche per l'educazione del medico. — P. BENEDETTI. Elettrocardiogrammi così detti di prevalenza ventricolari.

Riv. di Cl. Ped., febb. — L. LUZZATTI. Proprietà antibatteriche del colostro.

Rev. Neurol., genn. — N. ZAND. Psichismo dell'ipotalamo.

Journ. New. a. Med. Dis., febb. — J. W. PAPEZ. Meccanismo cerebrale. — P. SCHILDER. Psicologia degli schizofrenici trattati con cardiazol.

Min. Med., 27 genn. — G. DOMENICONI e B. MANFREDINI. Polmonite e alteraz. del ricambio carboidratico.

Diagnost. e Tecn. di Lab., genn. — V. DE FRANCISCIS. Fenomeno paradosso nell'agglutinaz.

Settimana Med., 5 genn. — N. LEOTTA e G. VITA. Empiema del lobo della vena azigos.

Journal A. M. A., 28 genn. — G. MITCHELL e al. Il timo. — B. Z. RAPPAPORT e R. HECHT. L'eczema infantile.

Deut. Med. Woch., 17 febb. — BANSI. Crisi e forme tireotossiche. — HAUSEN. Il timolo come antigene.

Rif. Med., 11 febb. — A. Ferrannini: La vita e le opere.

Bull. Ac. Méd., 7 febb. — GOSSET e al. Le trasfus. di sangue in guerra.

Med. Welt., 18 febb. — STREMPEL, NAGELL. Chemoterapia della gonorrea.

Paris Méd., 18 febbr. — Malattie dell'apparato respirat.

Arch. It. di An. e Ist. pat., genn. — G. LANZA. Arteriosclerosi del cervello e del midollo sp.

Haemat., *Arch.*, I. — S. ROMEUS. Ricambio emoglobinico nella tbc. polm. — A. GANDELLINI. Leucemie miste.

Lancet, 18 febb. — G. A. ELLIOT e al. Trasfus. di sangue conservato. — A. L. AGRANAT. Chemoterapia della polmonite.

Amer. Journ. Med. Sc., febb. F. L. APPERLY. Modificazioni compensatorie nell'anemia. — R. L. LEVY e al. Insufficienza coronarica. — D. R. SHAW e al. Ricerche sui virus dell'influenza umana e suina. W. COLEMAN. La presunta mattezza apicale del polmone di destra normale.

Med. Klinik, 27 febb. — L. HEILMEYER. Ittero emolit. costituzionale ed acquisito. — P. THIESSEN. La sterilità femminile.

Brit. Med. Journ., 18 febb. — R. MARINKOVITCH e al. Chemoterapia della gonorrea.

Semana Méd. Españ., 28 genn. — V. NÁJERA. Psicologia del fanatismo marxista.

Presse Méd., 22 febb. — A. BRINDEAU. Secrezione gonadotropa e attività funzionale placentare.

Ann. de Méd., febbr. — HO-TA-KHANH. Difteriti maligne. — R. L. BOUNHOURE. Glicemia nei cancerosi.

Med. Welt., 25 febb. — W. KOLLATH. Lacune nella dottrina dell'alimentaz. — F. v. BORMAN. Avversari e fautori della sieroterapia antidifterica.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 19 Giugno 1939 - XVII — Num. 25

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
E DI TERAPIA MEDICA
della R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Proposta di una terapia di desensibilizzazione nell'ittero catarrale considerato come epatite allergica.

Prof. FERDINANDO CORELLI.

In precedenti lavori io ho ampiamente discussa ed ammessa la *patogenesi o la componente allergica*, almeno in un buon numero di casi di quella sindrome morbosa che va sotto il nome di *ittero catarrale* che ho considerato come *epatite allergica*. Ne è seguita per me logica l'applicazione nelle sue varie forme, di un metodo di cura di *desensibilizzazione*. Il ragionamento, l'osservazione clinica e le mie premesse patogenetiche mi hanno portato a tale terapia.

Come ho detto, unica potendo essere, in molti casi almeno, la patogenesi anche se diversi possono essere i fattori eziologici, la mia è una *terapia di desensibilizzazione aspecifica* e precisamente essa mira a *combattere il fenomeno allergico già istituito*.

I risultati di questo metodo di cura, diverso anche come indirizzo da ogni altro finora in uso, osservati nello spazio di tre anni in cento casi, sono più che favorevoli, nettamente superiori a quelli dati da ogni altra terapia attuale.

Anche se si può discutere la patogenesi allergica, la quale d'altra parte viene a sua volta da questi risultati sostenuta, il metodo di cura desensibilizzante che io consiglio, può da solo imporsi.

Dopo vari tentativi con varie sostanze a dosi diverse, dopo controlli sull'azione colagoga o coleretica delle sostanze impiegate, attualmente uso una mia particolare soluzione che sto tuttora elaborando, a base di iposolfiti, di calcio e di acido ascorbico ed efetonina.

Sull'uso dell' iposolfito nella terapia delle malattie allergiche quale desensibilizzante a-specifico, non occorre far parola; analogamente a quello del calcio, esso è universalmente noto. L'iposolfito entrato da vari anni nella terapia abituale delle forme allergiche, specie in dermatologia, dopo le indicazioni di Ravaut e Lumière, ecc., ha oggi larga applicazione.

Io uso correntemente la mia formula anche in numerose altre manifestazioni allergiche con buoni risultati: eczemi, dermatiti, eritrodermie, orticarie, pruriti, malattia da siero, emicranie, asma, ecc. Bene influenzati sono stati fra l'altro anche casi di *furuncolosi ricorrente*, particolarmente intensi e nei quali il concetto allergico talora può essere in causa.

Nelle *sindromi allergiche gastrointestinali* e nelle *coliti allergiche* ho ottenuto risultati definitivi in casi che duravano resistenti da anni.

In alcune altre forme di ittero, itteri tossici da fosforo, da avvelenamento da funghi, ecc., in itteri a componente emolitica, da favismo, ecc., nell'ittero infettivo di Weill e nelle ustioni, nell'insolazione, in certi Basedow, tale terapia, che può avere un'utile applicazione è tuttora in esperimento. Questa terapia è indicata pure nella cosidetta « *intossicazione alimentare* » (anche senza ittero) nella quale con un purgante può dare risultati rapidi su tutto il quadro morboso.

Condotta del trattamento.

Il trattamento va condotto preferibilmente per via endovenosa.

Abitualmente le iniezioni endovenose si fanno a *giorni alterni*, ma possono anche essere fatte quotidiane; si inizia nell'adulto con 5 cc. poi si passa ad 8 e 10 cc. L'iniezione si fa a digiuno, lentamente, regolandosi sulla sensazione di calore che la soluzione produce.

Io non ho mai avuto alcun disturbo nè precoce nè tardivo, in varie migliaia di iniezioni fatte finora in tre anni di tale terapia nell'ittero, ed in altre diverse affezioni allergiche od a componente allergica.

Quante iniezioni si fanno? Nei casi comuni di ittero catarrale sono in media sufficienti 5-7 iniezioni. Io ho fatto da un minimo di 4 ad un massimo di 10-13 iniezioni, a seconda della intensità della forma.

A questa terapia associo anche piccole ripetute dosi di *efetonina* per os, 5-10 ctg. complessivi, frazionanti nelle 24 ore (1-2 ctg. ogni 4 ore) oppure l'efedrina.

L'efetonina con la sua azione antiallergica, potenzia l'azione dell'iposolfito; essa riesce anche utile perchè, come io ho notato, specie nelle fasi iniziali dell'epatite, si ha spesso un modico, talora evidente stato di *ipotensione arteriosa*. La pressione massima infatti anche in soggetti adulti oscilla per lo più fra 100 e 115-120 al Riva Rocci; col miglioramento e con la guarigione della malattia questo stato di ipotensione scompare.

All'inizio della cura si può dare, specie nei casi di origine alimentare un *purgante* salino od oleoso (olio di ricino gr. 30).

Come *regime alimentare* si fa quello abituale, senza carne, all'inizio, ricco di idrati di carbonio. Come nella glomerulonefrite diffusa una dieta relativamente aclorurata può riuscire utile ed all'inizio un *giorno* di fame o quasi, si può dare per esempio 500-1000 cc. di latte con zucchero, succhi di frutta o frutta cotta. Il paziente rimarrà a letto anche se desidera alzarsi e muoversi; e sempre preferibile iniziare la cura più presto possibile: i risultati sono più facili ad ottenersi.

La terapia così condotta mi ha corrisposto ottimamente nella grande maggioranza (80 %) dei casi; da sola senza alcuna altra cura, essa è stata sufficiente a portare talora in modo rapido, a guarigione completa.

L'azione antiessudativa, antiallergica, desensibilizzante di questa terapia può essere accentuata in taluni casi resistenti a decorso prolungato dall'associazione del salicilato di sodio (gr. 3-6 nelle 24 ore). Io penso infatti che anche il salicilato di sodio agisca anche nell'ittero catarrale non tanto per la sua presunta azione colagoga quanto per la sua azione antiessudativa.

Nei casi gravi, intensi e resistenti si potranno naturalmente *associare* anche le altre terapie: insulina glucosio, e se c'è febbre, un po' elevata, urotropina endovenosa.

In qualche caso particolarmente intenso, nel quale già dopo la 3ª-4ª iniezione endovenosa della soluzione desensibilizzante non si manifesti l'abituale miglioramento e quando si supponga, per la presenza di *dolori a tipo di colica*, ecc., anche una partecipazione delle vie biliari maggiore del solito (varietà epatocolangitica-coledocitica con o senza partecipazione colecistica), può essere utile aggiungere al trattamento sopraddetto, che è il caposaldo della cura, specie all'inizio della terapia, per *agire anche sul « fattore spasmo »*, la somministrazione di antispastici: belladonna, papaverina, surparina, ecc. e qualche sondaggio duodenale con solfato di magnesio 30-40 cc. al 20 % tiepido. Si può stimolare così, con la maggior fuoriuscita di bile (general-

mente manca o è appena accennata la bile B) anche l'emissione di numerosi frustoli mucosi che si siano raccolti nelle grandi e piccole vie biliari e che si vedono natanti nei vari campioni di bile, frustoli costituiti per lo più da muco e da poche cellule.

Questi trattamenti aggiunti sono indicati in circa il 10-20 % dei casi quando il quadro è intenso e resistente al trattamento descritto.

Si può in tal modo completare la terapia desensibilizzante, la quale più che per diretta azione colagoga o coleretica, dovrebbe agire come dico più avanti, diminuendo la permeabilità vasale e facilitando il riassorbimento dell'essudato intraepatico, raccolto tra le travate cellulari: a questo infatti principalmente deve mirare l'indirizzo terapeutico se si ammette la patogenesi allergica; l'azione colagoga e coleretica può essere utile come complemento.

Risultati del trattamento desensibilizzante.

Che risultati si ottengono da questo trattamento desensibilizzante?

Ricordo i risultati complessivamente ottenuti nella mia larga casistica, perchè sarebbe impossibile ricordare ad uno ad uno i cento casi trattati.

Nella grande maggioranza dei casi (80 %), in cui ho fatto solo la terapia di desensibilizzazione, i risultati sono stati più che soddisfacenti, talora veramente ottimi e di questo mi sono convinto dall'osservazione non di pochi casi di ittero catarrale che, come si sa, può andare e va anche spontaneamente alla guarigione, ma attraverso una larga casistica, un centinaio di casi, seguiti anche dopo la scomparsa dell'ittero, nella fase della convalescenza, fino alla completa normalizzazione.

Per essere più precisi si potrebbe parlare dei risultati ottenuti singolarmente nelle diverse varietà di ittero catarrale: epatite, epatocolangite, coledocite allergica e nelle cosidette sindromi associate, ma poichè non è sempre facile stabilire in ogni caso queste varietà, dirò anzitutto dei risultati complessivamente osservati; più avanti dirò dei casi particolari.

Osserviamo prima i *risultati di ordine generale,* cioè riguardanti l'appetito, le forze, la cenestesi, ecc. e poi *quelli di ordine locale, epatico* specialmente.

I risultati di ordine generale si notano abitualmente *subito, dopo i primi giorni, dopo la seconda-terza iniezione endovenosa* analogamente a quanto si osserva con un trattamento desensibilizzante nella glomerulonefrite diffusa acuta come io ho indicato.

Primo effetto di questa terapia desensibilizzante è abitualmente un marcato *miglioramento dello stato generale, delle forze, dell'appetito,* effetti che diventano sempre più evidenti col progredire della cura.

Se si ricorda come talora nell'ittero catarrale sia marcata l'astenia, l'anoressia, la dispepsia, che possono continuare a lungo anche per mesi dopo la scomparsa dell'ittero, si apprezzerà ancora di più il valore di questa cura.

Talvolta assieme al miglioramento generale, anche se l'ittero non va subito diminuendo, l'appetito aumenta notevolmente e bisogna allargare il regime alimentare abituale; in tal modo anche *il peso del corpo aumenta,* migliora la sanguificazione e sono evitate quelle convalescenze talora lunghe e penose che si possono osservare coi trattamenti abituali.

Un altro dato che si osserva di solito subito, è l'abituale *scomparsa,* dopo la prima, seconda iniezione, cioè al secondo, terzo giorno di cura, *della febbricola* (37,1-37-4) che è presente in un buon numero di casi, 50 % circa, specie ai primi giorni. Talora questa febbricola fa seguito a qualche puntata iniziale più elevata — a 38 anche a 39 — (febbre, febbricola allergica la cui importanza anche in altri campi e nella diagnosi differenziale delle febbricole sarà da tener presente). Anche la depressione psichica e la sfiducia talvolta manifesta, scompare col miglioramento ora detto ed è seguita dalla fiducia nelle proprie forze e nella guarigione.

Per quanto riguarda i risultati di ordine locale epatico, epatosplenico, si nota abitualmente dopo i primi giorni, una riduzione della dolenzia epatica se esisteva, e della *epatomegalia* che per lo più modesta è spesso presente. Al pari si comporta la *splenomegalia* che, come ho già detto, sia nell'ittero catarrale comune, nell'ittero emotivo, nell'ittero da chemioterapia spesso (circa il 50 % dei casi) è apprezzabile più di quanto generalmente non si creda. In casi in cui la milza debordava nettamente dall'arco costale, in 7-10 giorni di cura si è vista ridursi notevolmente talvolta anche alla norma.

Per quanto riguarda il comportamento della bilirubinemia, del colorito itterico della cute e delle urine, si è osservato che in più della metà dei casi, esso può regredire rapidamente, in modo parallello al miglioramento dello stato generale, cioè fin dai primi giorni e si completa nei casi di media intensità in circa 10-15 giorni, talora anche meno, 4-8 giorni a seconda dei valori di partenza; nel l'altra metà circa dei casi la regressione del

colorito itterico, la normalizzazione avviene un po' più tardi dopo che già era evidente ed avanzato il miglioramento dello stato generale e dell'appetito.

Talora la bilirubinemia ed il colorito itterico della pelle e delle urine può avere ai primi giorni di terapia un aumento per ridursi poi rapidamente, specie la bilirubinemia, in pochi giorni.

In alcuni casi la pelle e le sclere, già impregnate di pigmenti biliari rimangono tali più giorni prima di ritornare normali, pur essendo la bilirubinemia ridotta.

Parallelo al comportamento della bilirubinemia è quello delle urine le quali, dopo la scomparsa dei pigmenti biliari rimangono *urobiliniche* per alcuni giorni. Ma questa urobilinuria, che è noto può rimanere a lungo, si riduce abitualmente in modo molto più rapido con questa terapia che non con le cure abituali. La sua scomparsa completa è stata da me tenuta come uno degli indici di guarigione dell'epatite.

Se esisteva *albuminuria* per lo più lieve e *cilindruria*, altro dato non tanto raro, ematuria microscopica, specie nei casi di una certa intensità e di per sè non di prognosi cattiva, per lo più se ne osserva la scomparsa rapida entro pochi giorni — di solito la prima settimana —. Con l'iniziare della guarigione si nota pure, come è noto, l' aumento della quantità delle urine (1600-2000 cc al giorno); ciò si contrappone alla fase iniziale di relativa oliguria (600-800 cc.) con ritenzione di cloruri.

Gradatamente ed in parallelo con questi altri dati diminuisce anche la colesterinemia, se era elevata, aumenta il deflusso della bile nell'intestino, le feci si fanno più colorate, la colalemia ritorna alla norma e le prove di funzionalità epatica, galattosuria e levulosuria, anche sotto istamina si regolarizzano per lo più quando i valori della bilirubinemia sono arrivati alla norma, quindi abbastanza rapidamente.

Se esisteva prurito, questo va di solito rapidamente diminuendo fin dai primi giorni. Benchè nell'ittero catarrale la reazione di *Takata*, come si sa, sia abitualmente negativa, in qualche caso (circa 15 %) di epatite acuta, specie se il quadro è particolarmente intenso, nell'epatite da salvarsan, ecc., può essere parzialmente o completamente positiva.

Col miglioramento e con la guarigione del quadro clinico, con la normalizzazione dei reperti ematochimici ed urinari, anche questa reazione si è fatta nei nostri casi gradualmente lentamente *negativa*.

In complesso dunque con *la terapia di desensibilizzazione che io ho condotta, ho notato nella maggioranza dei casi, un rapido, più costante e completo avviamento alla guarigione* più di quanto non si ottenga con le altre terapie finora in uso. La durata complessiva di malattia perciò è molto ridotta, è permessa quindi una completa ripresa dell'attività lavorativa più presto di quanto non fosse finora.

Questi risultati si possano manifestare in tutte le forme di ittero catarrale (epatite, epatocolangite acuta, ricorrente ecc.), da varia eziologia: alimentare, raffreddamento, emozione, tonsillite, chemioterapia, ecc. In modo ottimo sono stati per esempio influenzati tutti i miei 10 casi di ittero da salvarsan, un ittero da sulfanilamide, un ittero nella polmonite.

Assieme al miglioramento generale e locale scompaiono per lo più rapidamente anche quei disturbi che possono accompagnarsi all'epatite: fenomeni gastro-intestinali, articolari, cefalee, ecc. Un ragazzo che aveva avuto prima dell'inizio dell'ittero per 5 giorni cefalee particolarmente intense, ai primi giorni di trattamento fu completamente da queste liberato.

In quattro casi però che presentavano già da vario tempo sofferenze di tipo gastroduodenale, acidità, pirosi, astenia, tanto da far sospettare la presenza di un ulcus che in uno risultò poi radiologicamente presente e vi fu una grave melena (dopo la quale l'ittero diminuì molto), la ripresa è stata più lenta dell'abituale (1); così pure fu in due donne con ittero in gravidanza.

Complessivamente in circa il 20 % non si ottiene quel netto giovamento che è abituale negli altri casi e bisogna, come si è detto, aggiungere le altre terapie correnti. Non si può escludere che questi casi abbiano un'altra patogenesi, come si è più volte ripetuto; noi non vogliamo sostenere sempre la patogenesi allergica dell'ittero catarrale, le varie ipotesi, attualmente ammesse possono essere talora in causa. D'altra parte qualche caso, pur avendo una patogenesi allergica, può essere resistente alla terapia di desensibilizzazione, ciò si nota anche in altre note forme allergiche.

***

Come è noto in qualche caso di ittero catarrale rimane come seguito, anche durante o

---

(1) Ricordo che questa terapia desensibilizzante fatta anche in vari casi di *ulcus gastrico* e *duodenale* (l'ipotesi allergica di questa affezione è stata sostenuta da Cesaris-Demel) ha dato risultati talora buoni talora imprecisi.

dopo la scomparsa dell' ittero, astenia, anoressia marcata con urobilinuria, talora modica ma talora evidente epatosplenomegalia con dolenzia epatica, ecc. Questi esiti si possono trascinare anche per qualche mese ad indicare che seppure il sintoma ittero si è ridotto non è scomparsa tutta la malattia. L'ittero infatti come si è detto non denota tutta la malattia, che è l'epatite, questa può persistere anatomicamente anche con lieve o normale urobilinuria e trascinarsi per molto tempo con esiti lontani non ancora ben noti. Anche su questi *seguiti dell'ittero catarrale, dell'epatite acuta*, la nostra terapia ha un'*indicazione precisa*, essa ci ha dato risultati veramente notevoli, specie nei casi recenti.

Oltre all'azione marcata sullo stato generale, forze, appetito, ecc., si può vedere anche in tali casi, ridursi talora nettamente, il volume del fegato e scomparire la dolenzia epatica e ridursi pure la splenomegalia (splenite?) che spesso accompagna l'epatite. Risultati concordi ai miei mi sono comunicati anche da colleghi che usano correntemente nella loro pratica privata questo mio metodo di cura (1).

È da chiedersi poi, a proposito dell'ittero catarrale, se il miglioramento talora così notevole e rapido, anche dei fenomeni gastrici e gastrointestinali (oltre che dei fenomeni generali, astenia, anoressia, nausea) con aumento talvolta marcatissimo dell'appetito, sia dovuto non solo al miglioramento delle condizioni anatomiche epatiche, dell'epatite, ma anche della gastrite e gastroduodenite e pancreatite che in determinati casi, come si è detto nei lavori precedenti, potrebbero accompagnare il processo epatico.

Accenno brevemente anche al problema interessante dell'*ittero* e *diabete*.

Si potrà in questi casi pensare alla contemporanea esistenza di un'epatite (ittero) e di una pancreoinsulite allergica (diabete) come già ho detto discutendo sulle sindromi associate?

Se ciò si ammette, ne seguirebbe che lo stesso trattamento desensibilizzante potrebbe essere applicato.

Alcuni risultati terapeutici finora osservati verrebbero a confermare questi miei concetti che io estendo anche a certi casi di diabete solo e dal lato terapeutico, specialmente nelle fasi iniziali di esso.

---

(1) È probabile che certi buoni effetti di alcune acque minerali, su varie condizioni epatiche si debbano in senso lato riportare anche ad una azione simile, desensibilizzante, come taluni idrologi hanno fatto notare.

Risultati del trattamento nell'epatite subacuta, nell'ittero catarrale prolungato.

L'ittero catarrale, epatite acuta, quando non guarisce subito, come è abituale, si può trascinare per molto tempo, anche per vari mesi, con alternative di maggior o minor ittero, con periodi di relativo benessere e ricadute successive, le quali si possono considerare, come si è detto, nuove poussée o riaccensioni della primitiva epatite.

Ciò può avvenire per il ripetersi delle varie cause eziologiche per inadatta alimentazione, per genere di vita impropria ecc. In tali casi si trova per lo più il fegato ipertrofico che può arrivare alla linea ombellicale trasversa di consistenza piuttosto tesa, poco o punto dolente.

Vi può essere splenomegalia modica e talora discreta, coesistono più o meno evidenti i segni della ritenzione biliare, non completa e spesso il prurito è veramente tormentoso. Lo stato generale dei pazienti è depresso, con astenia, dimagrimento ed appetito per lo più scarso.

In tali casi le cure abituali (urotropina, boldo, rabarbaro, solfato di magnesio, glucosio-insulina, estratti epatici, sondaggi duodenali, ecc.), generalmente fatte e ripetute, scarsi risultati apportano ed i pazienti si trascinano a lungo senza evidente miglioramento.

In alcune osservazioni la terapia desensibilizzante mi ha dato risultati che, ottenuti dopo l'insuccesso delle abituali cure, si possono dire più che soddisfacenti.

Il beneficio si può far sentire già all'inizio dopo le prime iniezioni, però non con la rapidità con cui si osserva nell'epatite acuta.

Si può ridurre il prurito tormentoso, aumenta l'appetito, migliorano le forze, lo stato generale, diminuisce gradualmente l'ittero e le urine si fanno più chiare. L'urobilina in tali casi dura ancora per vario tempo, mentre nell'epatite acuta per lo più scompare, come si è detto, abbastanza presto. Anche il volume del fegato si riduce, però non molto e rapidamente come nell'epatite acuta, e rimane per lo più di consistenza aumentata. Ciò si può spiegare riportandoci all'anatomia di quest'organo già da molto tempo in preda a processi infiammatori ricorrenti e con vie biliari anch'esse talvolta in modo notevole coinvolte.

Io credo che nella attuale scarsezza di mezzi nel trattamento di queste forme, la cui evoluzione spontanea è lunga e talvolta può passare a quadri ulteriormente complicati e successivamente confusi, la terapia che qui con-

siglio possa talora costituire un valido aiuto di cura.

Dei risultati di questa terapia nelle poussée itteriche della cirrosi epatica e nella cirrosi stessa, dirò successivamente. In alcuni casi di cirrosi finora osservati ho notato complessivamente un discreto miglioramento e lo stabilirsi di un buon equilibrio.

Nella cirrosi — epatite cronica — più che tutto si può ottenere un miglioramento dello stato generale, delle forze, del tono psichico ed un ritardo della evoluzione abituale della forma.

Meccanismo d'azione del trattamento.

Come agisce questo mio trattamento nell'ittero catarrale? Esso è stato iniziato, data la patogenesi ammessa, con lo scopo di condurre una terapia desensibilizzante, ma era da chiedersi se l'azione specialmente dell'iposolfito non fosse anche da attribuirsi ad un effetto colagogo o coleretico. Questo anche perchè Lebduska ha osservato sperimentalmente nei cani che l'iposolfito di sodio, specie somministrato per via digestiva avrebbe azione stimolante sulla secrezione biliare. Io ho fatto perciò varie prove in soggetti normali ed in casi di ittero catarrale osservando se la mia soluzione di iposolfiti per endovena o per iniezione duodenale attraverso il sondino, avesse nell'uomo una azione colagoga o coleretica. Riporto per brevità solo i risultati delle mie osservazioni: da questi si nota che sotto l'azione dell'iposolfito, sia nei normali che negli epatopazienti, non si è ottenuto nè la bile B nè un aumento complessivo del deflusso biliare; anzi talvolta dopo l'iniezione endovenosa si osservò, seppure per breve tempo, una riduzione od un arresto del flusso biliare stesso.

Se poi dopo mezz'ora dall'iniezione duodenale od endovenosa dell'iposolfito, con cui non si era prima ottenuto aumento di flusso biliare o la bile B, si inietta (in duodeno) la soluzione solita di solfato di magnesio, con questo la bile B nei soggetti normali si ottiene. Ciò starebbe a denotare che l'iposolfito endovena o in duodeno non ha una diretta azione colagoga o coleretica almeno immediata come il solfato di magnesio.

Questi risultati corrispondono d'altra parte a quanto io stesso ho già osservato nei riguardi della secrezione urinaria, che non verrebbe sotto l'azione delle stesse sostanze aumentata, come Lebduska ha sostenuto.

L'azione terapeutica quindi nell'ittero catarrale si deve manifestare attraverso un'altro meccanismo. A sfavore di una supposta azione colagoga di questa mia terapia starebbe anche il fatto che altre sostanze dotate di forte azione colagoga o coleretica nel soggetto normale, non danno vantaggi così netti nell'ittero catarrale quali si ottengono con la mia terapia. Questa inoltre pur non agendo in via coleretica o colagoga o colecistocinetica ha una benefica azione anche sullo stato generale, sulle forze, su tutto cioè il quadro morboso locale e generale.

È necessario quindi ammettere un'altro meccanismo; orbene in accordo con l'ipotesi patogenetica da me ammessa è l'*azione antiallergica desensibilizzante* dell'iposolfito che viene in causa.

Tale azione viene accentuata dall'unione con calcio ed efetonina, sostanze notoriamente ad azione antiallergica così dall'acido ascorbico.

Nei riguardi dell'iposolfito, oltre all'azione desensibilizzante generica, di protezione colloidale, ammessa da Ravaut, Lumière, Kabelick, ecc., sarebbe da discutere anche l'azione disintossicante, di coniugazione dei prodotti tossici (Volterra, ecc.) specie dell'istamina e tiramina di derivazione istidino tirosinica (Loeper), l'azione alcalinizzante dell'iposolfito di Na, l'azione dell'iposolfito di sodio sul glutatione epatico che in alcune affezioni del fegato (Binet e scuola, Martinet), sarebbe ridotto e l'azione riduttrice dell'iposolfito che ha un atomo di zolfo libero (Roy).

Io mi riporto all'azione *antiallergica in senso lato*, perchè non si può sapere quanto, sotto questo punto di vista, anche le varie azioni ora ricordate possano eventualmente partecipare; azione antiallergica probabile anche sapendo gli spiccati vantaggi che tale terapia dà in altre forme nettamente allergiche, orticaria, certi eczemi umidi, malattia da siero, ecc., che possono sparire con una rapidità sorprendente.

Ora poichè il dato principale della manifestazione, della infiammazione allergica come già ho detto, è in gran parte costituito *localmente dall'aumento della permeabilità capillare e dall'essudazione* con alterazioni successive del paranchima specifico, oltre che dallo spasmo della muscolatura liscia locale ecc., è a questi fattori che ci si deve riferire. Io ammetto quindi che questa *terapia cosidetta desensibilizzante, antiallergica* porti attraverso ad un meccanismo ancora non chiaro: (choc, stimolo, modificazione fisico-chimica dei colloidi umorali, ecc.):

1) *ad una diminuzione della permeabilità capillare* (nei capillari del lobulo epatico o comunque dove è localizzata l'infiammazione), abbia cioè *un'azione antiessudativa sulla manifestazione allergica già istituita;*

2) ad uno stimolo *al riassorbimento dell'essudato* formatosi tre le trabecole di cellule epatiche, negli spazi di Disse, nelle vie biliari, ecc.; inoltre venga anche a *ridurre il fattore spasmo* che più o meno nettamente può essere in causa. Di conseguenza si avrebbe a poco a poco la riduzione della disorganizzazione e della compressione delle cellule epatiche, la riduzione della compressione anche dei capillari biliari, il ripristino della normale circolazione biliare e capillare e della normale funzionalità della cellula epatica, cioè la guarigione.

Questa è la stessa spiegazione che io ho già ammessa, *mutatis mutandis*, per la glomerulonefrite diffusa acuta, ed è quella che ammetterò per altre affezioni che da questa terapia si possono giovare in modo spiccato.

Dall'associazione delle varie sostanze che io uso contemporaneamente, si ha un'azione superiore a quella data dalla singola sostanza. Dobbiamo ricordare che nella terapia dell'ittero catarrale il calcio è già stato usato con l'atropina da Hetenyi senza notare alcun vantaggio e così le iniezioni di latte.

All'adrenalina data la sua azione intensa e rapida ma relativamente breve io ho sostituita l'efetonina (l'efedrina) che potendo essere somministrata per os, a dosi subentranti, ci permette anche di agire più direttamente sul fegato e di svolgere un'azione continua e duratura, tenendo il paziente in modo costante « sotto la sua azione ».

RIASSUNTO.

L'A. che in precedenti lavori ha ammesso che l'ittero catarrale, in un certo numero di casi, si possa considerare espressione di una epatite od epatocolangite allergica, ha condotto una terapia che nel campo dell'ittero catarrale non era mai stata fatta, una terapia di desensibilizzazione.

L'A. ha condotto una terapia di desensibilizzazione aspecifica con lo scopo di ridurre il fenomeno allergico già istituito.

Come base di terapia ha scelto una propria soluzione a base di calcio, iposolfiti ed acido ascorbico e l'efetonina.

In una casistica che fino ad oggi, in tre anni di osservazioni, raccoglie cento casi, l'A. ha notato con la sola sua terapia desensibilizzante nell'80 % dei casi, risultati molto soddisfacenti, spesso ottimi, anche quando le altre terapie avevano prima fallito.

Si ottiene per lo più cioè un avviamento alla guarigione più rapido e completo di quanto non si ottenga abitualmente. Come primi risultati si nota anzitutto che lo stato generale migliora, l'appetito e le forze aumentano, scompare la febbricola se esisteva, e contemporaneamente va di solito riducendosi l'ittero e l'epatosplenomegalia, se evidente, e si chiariscono e normalizzano le urine.

In altri casi all'inizio della cura si ha un aumento, per lo più modico dell'ittero che si riduce poi gradualmente.

Un'indicazione precisa di questa terapia desensibilizzante è data pure dai « seguiti dell'ittero catarrale » (astenia, anoressia, epatomegalia, ecc.). Nei casi resistenti si può associare la terapia abituale (salicilato, antispastici, insulina glucosio, sondaggi duodenali, urotropina, ecc.).

Sono ricordati i risultati di questa cura di desensibilizzazione nell'epatite subacuta, nell'ittero catarrale prolungato, nel quale può offrire un valido mezzo di cura.

Il meccanismo d'azione di tale terapia, esclusa in base a ricerche dell'A. un'azione colagoga e coleretica, è riportabile con grande probabilità ad un'azione desensibilizzante, antiallergica, cioè antiessudativa diretta sui componenti dell'« infiammazione allergica » già istituita. L'azione si dovrebbe manifestare con diminuzione della permeabilità capillare (aumentata nel fenomeno allergico) con stimolo al riassorbimento dell'essudato formatosi (e conseguente ripristino della normale funzionalità locale cellulare e della normale circolazione biliare e capillare), con riduzione anche del fattore spasmo delle vie biliari, eventualmente presente.

Secondo l'A. tale terapia di desensibilizzazione è quella che nell'ittero catarrale può dare i migliori risultati.

Giunto in redazione il 25-IV-1938-XVI.

BIBLIOGRAFIA

BINET. Presse Med., 7 marzo 1938.
CORELLI. *L'ittero catarrale quale epatite allergica. L'infiammazione allergica del fegato e delle vie biliari*. Policlinico. Sez. Prat., 1938-1939.
KABELICK. Presse méd., pag. 1315, 1933.
LEBDUSKA. C. R. Soc. Biol., pag. 1171, 1928.
LUMIÈRE. Acc. Sc. Paris, 23 ott. 1928; e Acc. de Méd. Paris, 4 dic. 1928 e Progrès Med., n. 3, 1931.
LOEPER. Presse Méd., 1937.
LUMIÈRE et CHEVROTIER. Acc. Sc. Paris, 26 gennaio 1920.
MARTINET. Thèse de Paris, 1934.
RAVAUT. Presse Méd., 28 gennaio 1920.
ROY. Nutrition, n. 3, 1937.
VOLTERRA. Lo Sperimentale. Acc. Med. Fis. Fiorentina, fasc. V, 1932.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI BOLZANO
DIVISIONE DERMATOLOGICA
Primario: Prof. E. CORTELLA.

Osservazioni sopra un caso di eritromelalgia.

E. CORTELLA.

Il caso qui illustrato a parte la sua particolare rarità presenta anche un certo interesse per i dati clinici riscontrati che differenziandosi dalla comune sintomatologia, hanno reso difficile la diagnosi.

Si tratta di una paziente:

P. A., di anni 55, coniugata casalinga da Voghera.

Antecedenti famigliari. Padre e madre morti molti anni or sono. Il padre per affezione epatica e polmonare acuta, la madre per cardiopatia.

Ha tre sorelle viventi: quattro tra maschi e femmine sono morti in tenera età per malattie imprecisabili. Nessuna tara nei collaterali: due sorelle della madre sono morte per affezione specifica bronco-polmonare (pare acquisita).

Antecedenti personali. Nata a termine fu allattata al seno. Non sofferse malattie degne di nota sino all'età di circa 30 anni, epoca in cui sono cominciati disturbi gastrici (dilatazione gastrica, disturbi nella digestione, ecc.).

Le mestruazioni iniziarono a 12 anni e continuarono regolari per quantità, durata e intercorrenza sino all'età di 20 anni, epoca in cui la paziente andò sposa ad uomo sano. Da allora le mestruazioni si sono fatte molto abbondanti. Ebbe tre gravidanze condotte tutte a termine, i tre figli godono buona salute tranne l'ultimo il quale sofferse di convulsioni in età infantile.

Attualmente è piuttosto di temperamento nervoso come il padre. A quarant'anni, dopo un lieve periodo di irregolarità mestruali le mestruazioni scomparvero completamente. In tale epoca la paziente notò che il viso si era arrossato.

Quando fa fatiche avverte affanno. Mangia con molto appetito, digerisce bene, soffre di stitichezza per cui ricorre sovente a purganti. Soffre di ipercloridria specie se mangia cibi forti, non beve vino perchè le produce bruciori di stomaco. Sofferse di bronchite ripetutamente, l'ultima volta 8 anni fa, per questo fece molte cure, perchè si temeva un'infezione specifica.

Sofferse di influenza; ebbe una notevole diminuzione di peso (da 70 Kg. scese a 55).

L'attuale infermità iniziò 2 anni or sono alle estremità inferiori.

La paziente avvertiva un senso di buchio e di prurito preceduto da leggero formicolio e senso di cociore. Dopo due giorni comparvero delle manifestazioni a carattere di flittene che talora occupavano il dito in tutta la sua estensione. Tali manifestazioni si aprivano lasciando fuoriescire liquido giallo citrino.

L'insorgenza di queste manifestazioni si ripetè un anno fà per una volta. Quest'anno si è ripetuta 4-5 volte alla distanza di 20 giorni durante la stagione invernale e specialmente durante la notte.

Da circa due mesi la paziente ha notato al dito anulare la presenza di una manifestazione flittenulare, non molto grande, la quale si è aperta lasciando fuoriescire liquido giallo citrino, poi si è seccata. Anche alle labbra sono comparse identiche manifestazioni, le quali si essicano e si ricoprono di croste.

L'ammalata va soggetta ad ecchimosi senza causa apparente.

ESAME DELLA DERMATOSI. — In corrispondenza degli arti inferiori e precisamente su di una regione che si estende a tutte le dita dei piedi (alluce compreso per 2/3 e piccolo dito per 1/2) si nota una chiazza di colore rosso cianotico, che si estende per un dito trasverso oltre la prima falange, verso la regione dorsale del piede. I contorni della chiazza sono irregolari ed in alcuni punti sfumano insensibilmente verso la cute sana.

Le due chiazze presentano al centro delle zone più o meno arrossate e atrofiche.

Negli spazi interdigitali si nota una disepitelizzazione che si estende a metà dell'alluce.

La temperatura delle parti è leggermente superiore a quella delle regioni circostanti.

Con la pressione il colore non scompare. In corrispondenza dell'ultima falange del dito anulare della mano sinistra si nota una chiazza della grandezza di una moneta da 5 centesimi di colorito rossastro, la quale si estende dalla base di questa falange al solco ungueale e sul lato mediale. Detta chiazza è leggermente rilevata con cute un po' succulenta e distesa. La pressione mette in evidenza un certo stato di edema nei tessuti sottostanti.

In corrispondenza del labbro inferiore si nota una piccola chiazza irregolare di colore rosso bruno, su di essa si notano piccole squamette al limite fra la mucosa e la pelle. Al centro della chiazza si nota una lieve atrofia della cute (quasi a carta di sigaretta).

ESAME OBBIETTIVO. — Soggetto in condizioni generali scadute. Statura m. 1,64; peso kg. 59. Masse muscolari ipotrofiche, cute e mucose visibili poco irrorate. Adipe sottocutaneo scarso. Habitus longilineo, microsplancnico catabolico, genitali esterni ovunque normali con eccedenza degli arti sul tronco, ovunque sviluppo scheletrico regolare.

Cranio. Normale.

Facies. Poco espressiva.

Occhio. Piuttosto grande e spento; ciglia e sopracciglia rade al 3° esterno.

Naso. Piuttosto lungo.

Orecchi. Padiglioni piuttosto ampi; mani e piedi normali.

Apparato cutaneo. La cute si presenta nelle parti scoperte in uno stato quasi eritematoso, specialmente alle mani ove il colorito, tende specialmente in ambiente caldo al cianotico. Esiste qui aumento locale di temperatura e sudorazione quasi continua.

Anche la faccia è colpita a tratti da intenso rossore; si notano allora le congiuntive iniettate (facies congesta). Alle gambe esiste cheratosi pilare; è evidente il rossore ai piedi, con sudorazione limitata alla chiazza persistente descritta prima. Temperatura superiore al normale.

Apparato respiratorio. Diminuzione del respiro all'apice sinistro; nulla nelle altre parti.

Apparato circolatorio. Cuore nei limiti a goc-

cia. Soffio sulla mitrale propagantesi sugli altri focolai con minore intensità.

Pressione: Mx. 125; Mn. 50.

Apparato digerente. Fegato e milza nei limiti; stomaco ptosico; atonia intestinale.

ESAME DEL SISTEMA NERVOSO. — *Anamnesi.* Crisi isteriche dopo i 40 anni con fatti di paralisi degli arti.

Movimenti. Nella posizione di riposo non esiste nè ipertonia, nè ipotonia degli arti. Essi stanno in posizione normale; non esistono atrofie, non tremori nè contrazioni. I movimenti attivi sono liberi.

Viso. Le due metà sono uniformi e simmetriche. Le rime palpebrali uguali, le narici, la bocca è diritta. I bulbi oculari sono normali e tranquilli: le pupille sono uguali.

Cavo orale. Palato piuttosto fondo, ogivale.

Collo e nuca. La testa è leggermente inclinata a destra e gira regolarmente a sinistra e a destra, si piega all'avanti e all'indietro con leggera resistenza.

Gambe. Normale l'adduzione e l'abduzione, la flessione e l'estensione dei piedi.

Tronco. Respirazione prevalentemente costale; ventre prominente; colonna vertebrale normale.

L'ammalata si tiene in equilibrio a occhi chiusi, afferra bene gli oggetti, i movimenti intenzionali sono normali.

Percezione, sensazioni. — Sensibilità della pelle normale. L'a. avverte e distingue il leggero toccamento, il dolore con la puntura di uno spillo, il senso di freddo e di caldo.

Senso muscolare ed equilibrio normali; udito, olfatto, gusto, normali.

Riflessi. Riflesso della pianta dei piedi presente e vivace. Riflessi addominali presenti, torpidi.

Riflessi tendinei. Patellare presente, più vivace a sinistra. Achilleo presente. Bicipitale, radiale, presenti. Riflesso congiuntivale e corneale presente. Riflesso pupillare presente alla luce e all'accomodazione. Reazione del sudore alcalina sulla parte malata e su altre parti.

ESAMI SPECIALI PRATICATI. — *Urina.* Densità 1018; albumina, assente; zucchero, assente; pigmenti biliari, assenti; indacano, presente; urobilina, assente; acido urico, 0,40; urea, 22; acetone, assente.

Sangue. W. R., negativa; M. K. R., negativa; Citochol, negativa.

Esame cromocitometrico. Neutrofili 40,5; eosinofili 3.5; basofili 0.5; linfociti 47; grandi mono 8; f. passaggio 0,5; globuli rossi 3.000.000; globuli bianchi 7200; glicemia 0,60; uricemia 2,40.

Prove farmacodinamiche. Adrenalina al ‰ cc. 1.

Prima dell'iniezione:

	Mx.	Mn.	Polso	R. v. c.
	110	60	60	— 15

Iniezione sottocutanea di cc. 1 di adrenalina al ‰:

10 m	125	60	75	— 10
20 m	125	55	65	assente
30 m	125	55	70	— 10
40 m	115	55	70	— 5
60 m	110	60	70	— 5

al 20 m l'a. era scossa da tremiti specialmente visibili agli arti inferiori; senso di cardiopalmo, ischemia delle estremità, specialmente superiori, con abbassamento locale della temperatura. Cefalea parietale sinistra.

Dopo ½ ora cessano i tremiti, persiste un senso generale di stordimento e leggero pallore al volto.

La glicemia prima della iniezione era 0,60 ‰ (a digiuno Folin Wu), dopo un'ora dalla iniezione 1,30 ‰.

Pilocarpina. Prima dell'iniezione:

	Mx.	Mn.	Polso	R. v. c.
	115	55	70	— 10

Dopo l'iniezione di cc. 1 di pilocarpina:

10 m	115	55	60	assente
20 m	115	55	55	5
30 m	110	60	55	+ 5
20 m	110	60	60	assente
60 m	112	55	65	— 8

Al 30° minuto scialorrea che persiste per oltre 20 ore.

Prove cutanee. Cute sana.

Adrenalina: Iniezione intracutanea di 1/10 di soluzione al decimilionesimo di adrenalina sulla regione anteriore dell'avambraccio sinistro (cute sana).

Dopo 15 s si nota la presenza di un piccolo alone ischemico, con al centro una macchia bluastra.

Dopo 15 m l'alone è più evidente e più grande; la macchia bluastra si fa più intensa.

Dopo ½ ora persiste l'alone della grandezza di una moneta da 5 centesimi.

Dopo un'ora l'alone è ancora ben visibile (reazione pressochè normale).

Caffeina: Iniezione intracutanea di 1/10 di cc. di caffeina più benzoato di N. 0,5 %. Reazione normale.

Morfina: Iniezione intracutanea di 1/10 di cc. di cloridrato di morfina. Reazione normale.

Cute malata. Adrenalina: Iniezione intracutanea di 1/10 di adrenalina, al decimilionesimo, sulla regione dorsale del polso (cute malata con turbe vasomotorie evidenti).

Dopo 4-5 s presenza di una chiazza ischemica grande quanto un pisello.

Dopo 15-20 s scomparsa della chiazza ischemica e ritorno del primitivo colore rosso-cianotico.

Ciò è indizio di una diminuzione della sensibilità alla adrenalina, giustificata del resto dalla presenza dell'eritema cospicuo.

ESAMI CAPILLAROSCOPICI. — *Dito anulare normale.* (Ammalata in piedi braccio all'altezza del cuore).

Faccia dorsale dell'ultima falange in vicinanza del letto ungueale. (Capillaroscopio Salvioli).

Anse tozze, grosse, a corrente lenta, molto tortuose e rare. Presenza di emorragie copiose in vicinanza del letto.

Pressione 14. Nel punto ove si notano le emorragie la pressione è altissima (23), a tale cifra non scompaiono neppure tutte le anse.

Dito anulare malato. Faccia dorsale della falange, vicino al letto ungueale.

Anse venose tortuose, rare verso il letto ungueale a corrente lentissima.

Verso la parte prossimale più bassa la corrente è con gli stessi caratteri.

Non è possibile fissare la pressione per la convessità della parte.

Lato mediale dello stesso dito. (Ove esiste la dermatosi). Arrossamento delle cupole delle pa-

pille; quadro d'un maggior turgore; anse grosse; non si riesce a distinguere l'ansa dato l'edema.

Pressione 17. *Dito malato.* (Paziente seduta braccio all'altezza del cuore).

Anse corte, non si distingue la branca arteriosa dalla venosa; sono schiacciate dall'alto al basso, a contorni indecisi. Pare esista un'aneurisma nel ginocchio. Presenza di soffusione ematica. Capillarite diffusa. Pressione 17. Per alcune 24.

Dito sano (regione analoga). Le anse anche qui denotano una sofferenza (pressione 16).

Esami praticati al mattino dopo 2 ore di riposo in posizione supina.

Mano all'altezza del cuore. *Dito malato*: Presenza di alone necrotico di colorito giallastro: zona ischemica all'intorno.

Pressione: alla periferia 14,5 - 15; al centro 17-19.

Dito sano (reg. omologa). Anse sofferenti pressione 15,5.

Regione anteriore del tronco (*stesso*). (Malata seduta). Non si notano modificazioni morfologiche apprezzabili. Pressione 9.

Regione del piede sinistro. (Malata coricata). Parte sana pn. 4. Parte malata (solco ungueale) pressione 13,5 - 14.

Malata in piedi. Parte sana (piede) pressione 8,5. Parte malata pressione 12.

I capillari sono piuttosto rigidi e risentono meno delle variazioni di posizione.

Esami capillaroscopici praticati dopo 1 mese di cura con adrenalina ed estratti ovarici.

Dito anulare malato. (Ammalata seduta, mano altezza del cuore). Capillari tortuosi, sclerotici, atonici, quando l'ammalata passa dalla posizione seduta a quella in piedi, si nota un rallentamento della corrente e diminuzione della atonicità.

Le due branche (arteriosa e venosa) hanno pressapoco lo stesso diametro; solo si distinguono per la corrente che si orienta dal ramo arterioso al venoso. Si notano emorragie. Pressione 15-16.

Dito anulare sano (letto ungueale). Il numero dei capillari nel campo di osservazione è aumentato in confronto al normale; le anse sono un po' tortuose (segno di senilità?) ma normali per gli altri caratteri; qualcuna ha diametri un po' superiori al normale (segno di atonicità).

Prova della resistenza capillare. Reg. ant. avambraccio destro (celletta del Salvioli). A 35 mm. di Hg di pressione: dopo 30 s comparsa di una piccola soffusione ecchimotica nel campo di osservazione; dopo 2 m e 30 s piccola petecchia e piccola emorragia; dopo 3 m piccola suffusione emorragica e 2 petecchie; dopo 5 m 3 grandi emorragie e 4 petecchie. Resistenza diminuita.

CONSIDERAZIONI.

Il caso presentato offre lo spunto ad alcune considerazioni.

Si tratta in realtà, di un'eritromelalgia in una varietà piuttosto rara, quella cioè che accomuna alla fenomenologia dolorifica le alterazioni della cute.

L'eritromelalgia, o malattia di Weir-Michell, ha una etiologia incerta. Essa può essere un sintoma concomitante a malattie le più diverse e sia del cervello che del midollo spinale, dei nervi, del morbo di Basedow di nefriti, ecc. È legata a cause occasionali varie, come la sifilide, i traumatismi, il freddo umido, l'alcoolismo.

La vasodilatazione dei capillari sanguigni, che nel nostro caso è quanto mai caratteristica, è uno dei dati anatomopatologici più evidenti. Conseguenza di questa vasodilatazione è il rossore, il calore e in certi casi una sudorazione abbondante. Anche l'edema è legato alla vasodilatazione capillare.

All'esame capillaroscopico si nota che la branca arteriosa si eguaglia in grandezza alla branca venosa.

La causa di questa vasodilatazione deve essere ricercata in una perturbazione dei fattori fisiologici che regolano la circolazione capillare. L'affezione può considerarsi come l'espressione di alterazioni funzionali a carico di un complesso sistema regolatore del tono capillare e nervoso, che secondo i dati clinici sarebbe localizzato nel meso encefalo, Mosinger e Roussy hanno molto insistito sull'importanza dei centri nervosi sopratutto ipotalamici nei fenomeni vasomotori periferici e sui quali anche l'ipofisi e altre ghiandole endocrine esplicherebbero un'azione di primo ordine. Per questo è possibile l'associazione della eritromelalgia con altre ectosimpatosi, sopratutto con l'acrocianosi.

Del resto è facile comprendere come su di un sistema simpatico labile una identica causa può determinare sia la vasocostrizione, che la vaso dilatazione.

L'eritromelalgia compare a tutte le età, specialmente è frequente nell'infanzia. È preceduta da prodromi che durano a lungo, turbe cerebrali diverse, cefalea, vertigini, e talora dolori molto vivi nella regione che sarà poi colpita dall'affezione.

La sintomatologia si manifesta con crisi parossistiche, che sono provocate dal calore, dalla fatica, dalla marcia. Le manifestazioni hanno sede sopratutto alle estremità inferiori, alle regioni del calcagno, ai piedi, alle ginocchia, talora si localizzano anche agli arti superiori e precisamente alle dita e alle palme delle mani, qualche volta anche alla faccia, al naso e alle guance.

La crisi si inizia con un vivo dolore, quasi come si trattasse di una scottatura; talvolta si ha la sensazione come di formicolio di tensione, queste sensazioni si avvertono improvvisamente, per lo più sotto l'influsso del decubito orizzontale o del calore del letto, durante la notte, sì da diventare insopportabili.

È noto che, generalmente il contatto con l'acqua fredda allevia la fenomenologia dolorifica, però si danno casi in cui al contrario i dolori sono particolarmente vivi al contatto con l'acqua fredda.

Ai fenomeni dolorosi si accompagnano alterazioni della cute, caratterizzate da eritema ed edema, nonchè iperidrosi locale, che a volte è molto intensa e ipertermica.

Si hanno pure turbe della sensibilità che consistono ora in analgesia ora in iperestesia. Raramente compaiono flittene e alterazioni trofiche della pelle, rappresentate da desquamazione, infiltrazione, atrofie, necrosi.

Peraltro la nostra paziente presenta il quadro tipico della eritromelalgia con la triade sintomatica, dolore, eritema, edema.

Dolore accessionale, che si acuisce nella notte e durante stagioni invernali; eritema che si accompagna a ipertermia e iperidrosi della parte, edema che giunge sino alla formazione di vere flittene.

La diagnosi peraltro poteva da principio presentare qualche difficoltà.

Le manifestazioni cutanee da prendersi in considerazione nella diagnosi differenziale erano appunto gli eritemi pellagroidi e l'eritremia o la malattia di Vaquez.

Scartati i primi per la mancanza di caratteristici fenomeni concomitanti, non poteva prendersi in considerazione l'eritremia, la quale per quanto si accompagni ad edema, eritema cianotico e dolori talvolta atroci, è sempre associata a splenomegalia e a poliglobulia.

Anche l'edema bleu di Charcot inizia bruscamente con dei dolori talora intensi, con edema cutaneo talora notevole, e con una tinta rossa vinosa o bleu nerastra. Ma tutti questi segni coesistono con paralisi o contratture, conseguenze di un trauma fisico o psichico.

Le arteriti e la malattia di Burger sono precedute da claudicazione intermittente e si accompagnano ad alterazioni tipiche a carico delle arterie. Nel nostro caso nulla di tutto questo esisteva, nè poteva prendersi in considerazione il morbo del Rajnaud, per la mancanza di gangrena superficiale, nè l'acrodinia sia per l'età che per i caratteri clinici e le turbe psichiche concomitanti.

Non restava pertanto che confermare la diagnosi che si era da principio supposta, cioè di eritromelalgia, diagnosi confermata anche dai reperti capillaroscopici e dalle prove sia con adrenalina che con atropina.

Dal punto di vista del trattamento oltre ai soliti calmanti nervini, abbiamo sperimentato nelle crisi dolorose l'adrenalina, secondo quanto afferma Chatellier, ma i risultati non sono stati brillanti.

L'ammalata ha ritratto e ritrae giovamento dal riposo specialmente in posizione declive. Durante le crisi dolorose le applicazioni di compresse fredde e di vescica con ghiaccio hanno dato un certo sollievo. Alcuni autori hanno consigliato la faradizzazione, e la simpatectomia lombo-sacrale, su ciò non possiamo pronunciarci per mancanza di dati probativi.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di eritromelalgia caratterizzata oltrechè dai sintomi clinici anche da alterazioni a carico dei capillari notevoli. Le prove farmacodinamiche hanno rivelato uno squilibrio del sistema nervoso vegetativo. Le cure praticate non hanno dato risultati probativi.

BIBLIOGRAFIA.

Smith. Med. journ. a Record, pag. 581, 1931.

Dumas e R. Chevalier. Lyon médical, 1925.

Hirose. Journ. of Dermat. e Urol., Japan, pag. 72, 1925.

Klauder. Archives of Dermat. a syphil., pag. 612, 1926.

Rappaport. Thèse de Bâb, 1931.

Louste e Juster. Bolletin soc. franç. dermat. et syphil., pag. 26, 1931.

RIVENDICAZIONI E DISCUSSIONI

A proposito di alcune esperienze sulla batterioterapia dei tumori eseguite nell'Istituto Pasteur di Parigi dal Prof. Alexander Besredka.

Prof. Paolo Mariconda.

Il prof. Besredka in relazione anche ad altre sue esperienze eseguite nel 1938 e riportate negli *Annales de l'Institut Pasteur* Tome 207, 1938, pag. 382 e negli *Annales de l'Institut Pasteur*, 62, 1939, pag. 28, come si rileva dal n. 9 del 27 febbraio 1939 dei *Comptes Rendus Hebdomadaires des Séances de l'Académie des Sciences*, Tome 208, Paris, riferì nella seduta del 27 febbraio 1939 all'Accademia di Scienze di Parigi intorno alle esperienze da lui eseguite sui tumori maligni influenzati da emulsione di streptococchi e stafilococchi inoculati ipodermicamente a dei roditori concludendo sui brillanti risultati ottenuti in rapporto a fenomeni immunitari per l'attecchimento dei tumori e per la scomparsa di essi tumori in seguito al procedimento da lui adoperato.

Vale la pena di trascrivere alcune delle sue esperienze riportando anche qualche protocollo per confrontarle con quelle da me eseguite sullo stesso argomento iniziate nel 1912, pub-

blicate dal *Policlinico*, Sez. Prat., nel 1913 e poi nel 1916-1920-21 e seguenti fino al 1929 negli Atti Congresso Patologi di Padova, 1922-23; Atti Congresso di Strasburgo 1929 (onoranze a Pasteur). Raccolte tutte con le nuove esperienze nelle monografie pubblicate nel 1925-1934-1936 Tip. delle Mantellate Roma.

Besredka riferisce:

La similitude des réactions cutanées que nous avons observées à la suite de l'injection de bactéridies, d'une part, et de tumeurs malignes, d'autre part, nous a incité à essayer la bactériothérapie dans le cas de l'épithélioma du lapin. Ayant constaté récemment que des lapins recevant dans la peau une dose mortelle de bactéridies demeurent indemnes, si on leur injecte au même niveau des streptocoques vivants, nous nous sommes demandé, si en raison de l'affinité de l'épithélioma de Brown-Pearce pour la peau, on ne saurait réaliser la même interférence entre les streptocoques et cette tumeur.

Voici, à titre d'exemple, une de nos expériences. Elle a porté sur quatre lapins neufs et sur six lapins préparés par un mélange l'émulsion tumorale et de streptocoques (cinq lapins) et par un mélange d'émulsion tumorale et de staphylocoques (un lapin).

Sur les six lapins préparés, trois (505, 508, 510) furent soumis à l'épreuve par la voie intratesticulaire, ainsi que deux lapins neufs (586, 587). Trois autres lapins préparés (503, 506, 507) ainsi que deux témoins (590, 589), furent soumis à l'épreuve par la voie souscutanée. (*Seguono i protocolli degli esperimenti*).

A. Lapin 506, 20 oct. Injection dans la peau d'un mélange de 1 cm³ d'émulsion tumorale et de 5 gouttes de culture de streptocoques (souche 560) de 24 heures en bouillon glucosé.

23 oct.,: la peau, au niveau de l'injection, est rouge;

25 oct.: collection de pus, recouverte d'une peau rouge;

28 oct.: la peau reprend l'aspect rose normal;

2 nov.: petit abcès fluctuant, il en sort à la pression une goutte de pus;

7 nov.: l'abcès persiste;

20 nov.: à la place de l'abcès, on voit une petite croûte;

25 nov.: on injecte dans chaque testicule une emulsion (1 cm³ et 0 cm³, 5) chargée d'épithélioma.

La réaction traumatique du debut disparaît assez vite; dans la suite, les testicules ne présentent pas la moindre trace de tumeur. (Seguono altri protocolli che per brevità non si trascrivono).

CONCLUSION.

En inoculant au lapin dans la peau une émulsion d'épithélioma, concurremment avec des streptocoques vivants, on assiste, très rapidement, à la formation d'une collection purulente qui a toutes les apparences d'un abcès chaud anodin. Dès que cet abcès guérit, l'animal devient réfractaire à une nouvelle injection d'épithélioma, alors même que cette injection est faite dans les testicules. L'évolution de la tumeur néoplasique se trouve de la sorte complètement transformée par la bactériothérapie cutanée locale; il n'en résulte pas moins une immunité solide à l'égard de la tumeur épithéliomateuse maligne.

Esperienze Mariconda:

Ecco come nel 1913 io iniziai le esperienze sui tumori continuandole negli anni successivi: scrivevo in *Policlinico*, Sez. Prat., 1913. Le mie esperienze riguardano il comportamento di alcuni tumori maligni (sarcoma) nei ratti inoculati per via ipodermica con culture in brodo di stafilococco aureo e di streptococco piogeno.

Nei ratti stafilococcizzati ho innestato il sarcoma (a tipo fusocellulare) nel mese di febbraio cioè dopo circa tre mesi o poco più di inoculazione di cultura in brodo di stafilococco aureo ed a un altro gruppo di ratti non stafilococcizzati scelti come controllo innestai pure lo stesso sarcoma.

In quasi tutti i ratti l'attecchimento del tumore fu completo meno in due degli stafilococcizzati dove cominciai prima a notare una lieve tumefazione che poi lentamente subì un processo di regressione fino a scomparire.

Nei ratti non stafilococcizzati il neoplasma aumentò gradatamente di volume senza mai ulcerarsi fino alla morte dell'animale. Nei ratti stafilococcizzati invece, il tumore non assunse mai le medesime proporzioni di volume, ma restò sempre limitato ad una regione anatomica, si ulcerò dopo pochissimo tempo, e mentre gli animali non stafilococcizzati in un mese o poco più morirono per il solo processo neoplastico, gli animali stafilococcizzati durarono in vita dieci, dodici giorni in più quantunque affetti dal doppio processo.

Il tumore ulcerato si presentava ben delimitato, più piccolo di volume di quello dei ratti non stafilococcizzati, anzi posso dire che diminuì leggermente di volume fino a quando dall'ulcera del tumore venne fuori lentissima-

mente un liquido sanguinolento misto ad una sostanza simile a poltiglia che esaminata al microscopio non lasciò scorgere altro che del detritus. Il tumore era di consistenza molle flaccida ed in certi tratti fluttuante; con uno specillo si poteva penetrare facilmente in una cavità che sembrava anfrattuosa e confluente con altre cavità più piccole.

Detto tumore si scapsulava facilmente, non trovai metastasi altro che in due soli ratti ed erano metastasi inguinali dello stesso tipo del tumore primitivo, ma molto più consistenti. Negli altri non riscontrai affatto metastasi.

Feci altre esperienze in altri ratti i quali mi servirono come controprova: innestai prima il neoplasma, poi quando questo cominciava ad evolversi inoculai lo stafilococco aureo in cultura in brodo in dose progressiva per osservare quale rapporto poteva esistere tra il nuovo tessuto ospite del ratto e lo stafilococco inoculato dopo l'innesto del tumore. Tutti quanti i tumori si ulcerarono in pochissimo tempo dopo, si intende, alcune modificazioni dei tegumenti, pelle, derma, ecc. del tessuto ospite e del tessuto del tumore.

In nessuno di essi il tumore acquistò un progressivo aumento di volume vero e proprio ed in tutti trovai un detritus con cavità necrotica nel tumore.

Osservati tutti questi fatti, che devono avere un controllo più preciso, è lecito intanto pensare che lo stafilococco aureo *arresti in parte l'evolversi del tumore*. Lo stafilococco aureo agisce in un locus minoris resistentiae, determinandovi la suppurazione e la ulcerazione precoce con formazione di cavità necrotiche.

Finalmente è lecito pensare che le tossine dello stafilococco aureo agiscano sul tumore ovvero il siero del sangue del ratto stafilococcizzato abbia il potere di spiegare un'azione quasi involutiva del nuovo giovane tessuto neoplastico. È ciò che vedremo con altre esperienze.

(Roma, aprile 1913, *Policlinico*, Sez. Prat., 1913).

Altre esperienze. (Vedi *Policlinico*, Sez. Pratica, 1916-1920-1929 e Vol. Tip. Mantellate, a. 1925-1934-1936. Monografie.

Si riportano solo alcuni protocolli del volume dove si possono vedere le fotografie e le microfotografie per confrontare le mie esperienze con quelle del Besredka.

ESPERIMENTI:

L'influenza dello streptococco in coltura in brodo, stemperato in soluzione fisiologica sui tumori maligni.

1) A numero 12 ratti viene innestato col solito metodo il sarcoma fusocellulare della Clinica Chirurgica di questa Università datoci da Fichera. Altri sei ratti vengono pure innestati di sarcoma dello stesso allevamento, i quali servono per controllo. Appena trascorsi trenta giorni si vede il tumore svilupparsi e assumere l'aspetto solito levigato, rotondeggiante.

Si incomincia la inoculazione di streptococco piogeno prelevato dall'Istituto di Igiene Sperimentale.

Si cerca di esaltarne la virulenza con i passaggi soliti. A 4 di questi ratti viene inoculato il germe attenuato. Agli altri otto viene inoculato il germe molto virulento, procedendo come per lo stafilococco, da un quarto di siringa di Pravaz fino a una siringa intera di due cc. Prima si incomincia a giorni alterni inoculando in circolo, mentre il tumore è all'inizio dello sviluppo e quindi gradualmente si passa ad inoculare il germe quotidianamente. Dopo 5 giorni di inoculazione si vede comparire sulla superficie del tumore un'ulcerazione, la quale è piccola quanto una lenticchia, e mano mano comincia ad ingrandirsi fino a raggiungere la superficie di una piccola moneta. Contemporaneamente tale ulcerazione comincia ad approfondirsi, ma di poco. Saggiando il tumore alla palpazione non si avverte alcun senso di fluttuazione o di pseudo-fluttuazione, però il tumore sembra alquanto rammollito, diminuito di consistenza e diminuito anche di volume.

Esame del tumore: sezionato il tumore, il quale dimostra di essere alquanto diminuito in confronto del tumore dei ratti innestati per controllo, si può constatare quanto segue: al margine interno del fianco sinistro dove è stato fatto l'innesto, si può vedere che in questo punto è incominciato un processo di necrosi, il quale però è rimasto limitato e misura appena lo spazio di qualche centimetro. Asportata la sostanza necrotica si conferma microscopicamente la morte degli elementi del tumore. Esaminato nel punto dove è incominciata l'ulcerazione, la quale si è approfondita semplicemente per un centimetro, si può anche rilevare il processo di necrosi colliquativa e confermarla microscopicamente.

Nelle conclusioni poi, vol. II, 1936, si parla di fenomeni immunitari rispetto all'attecchimento del tumore e rispetto alla modificazione dei tumori innestati e dei tumori spontanei fino alla scomparsa di essi tumori per necrosi colliquativa preceduta da cavità ascessuali confluenti come si è già detto.

In altra parte del vol. II si parla di antagonismo fra alcune malattie in presenza dei ger-

mi piogeni o di forme infettive analogamente a ciò che accade per la demenza paralitica e la infezione malarica.

In altra pubblicazione recente mi occupo delle esperienze iniziate nel 1937 e continuate finora, che riguardano specialmente dati di fatto istologici per quanto riguarda i nuclei dei tumori e la cariocinesi a seconda del nuovo procedimento usato di inoculazione di germi sui tumori attraversati da elementi fisicochimici e da catalizzatori.

COMMENTO.

Se da una parte ci si può dolere che non si citino anche recentemente le mie esperienze attinenti all'argomento così importante trattato dal Besredka e confermate da altri ricercatori italiani e stranieri, protocollati ed avallati da Istituti scientifici della Università di Roma, diretti da maestri insigni e dove sono state compiute per lunghi anni quasi ininterrottamente e per i quali studi sono state usufruite dallo scrivente anche borse di studio, dall'altra parte ci si può compiacere che oggi le conferme provengano da fonte così autorevole e da un Istituto, il « Pasteur » di Parigi, così illustre e così onusto di gloria.

Ci associamo al commento e ci compiacciamo con il prof. Mariconda per i risultati ottenuti dai suoi studi, perseguiti con passione e tenacia degne dei migliori successi e che erano già a noi noti, ora confermati da personalità così eminenti della scienza. Esprimiamo voti perchè essi siano ben conosciuti e valorizzati anche in Italia.

n. d. r.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

L'esame delle feci nella pratica comune.

(I. LIPPE. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 20 gennaio 1939).

Esame macroscopico. Nella stasi biliare le feci diventano giallo-grigio, di colore argilloso, e nella stitichezza ostinata brunastre o nere (le così dette feci bruciate). Nelle emorragie delle parti basse del canale intestinale con la defecazione può essere emesso sangue fresco, nelle emorragie alte il sangue emesso è per lo più fortemente alterato, bruno-scuro, del colore del catrame, specie dopo emorragie gastriche. Nel colera le feci hanno l'aspetto di acqua di riso, nel tifo di zuppa di pisello.

Per quel che riguarda la consistenza le feci possono essere dure, spesse, molliccie, liquide. Queste ultime, quando non siano l'effetto di purganti o di una dieta speciale, sono nettamente anormali.

Il muco può ricoprire le feci come uno strato vetroso o essere mescolato con esse in grossi grumi (affezioni del colon, specie delle sue parti basse) oppure in piccole particelle (affezioni delle parti superiori del colon o del tenue). Quando il muco ha il colore della bile e dà la reazione di Gmelin si può concludere per un'affezione del tenue. Il muco pus si ha nelle ulcerazioni dell'intestino. Nelle « coliche mucose » (Enterite membranacea) si emettono grandi masse di muco, spesso di forma tubolare: un eguale fenomeno si può avere nei neurastenici e molto più spesso nelle donne nervose o isteriche.

Come avviene per le urine, le feci possono essere colorate da alcuni medicamenti (in nero dal ferro e dal bismuto, in verde-scuro dal mercurio, specie dal calomelano).

Esame microscopico. L'esame microscopico delle feci mette in evidenza normalmente: 1) Residui alimentari (fibre muscolari, cellule vegetali, elementi del latte); 2) Cristalli e sali (triplofosfato, sali di calcio); 3) Batteri in grande quantità.

Negli stati catarrali puri dell'intestino si riscontrano nelle feci granuli indisciolti di amido, la cui presenza è rara allo stato normale.

Nelle elmintiasi si trovano di solito i cristalli di Charcot-Leyden.

Nelle forme catarrali, specie ulcerative, si rilevano leucociti o cellule epiteliali cilindriche, ma i corpuscoli rossi, anche in caso di emorragia, si trovano di rado perchè sono subito distrutti.

L'esame microscopico inoltre rivela la eventuale presenza di vermi, di parti di vermi e delle loro uova.

Nella dissenteria può trovarsi l'ameba.

Esame chimico. La ricerca del sangue ha una grande importanza per svelare eventuali emorragie occulte, e va praticata quando esistono disturbi gastrointestinali o stati di profonda anemia, che facciano sospettare ulceri o tumori. Le feci si prelevano dopo che il paziente abbia osservata per 3-4 giorni una dieta senza carni. Se ne diluisce in una provetta una piccola quantità, della grandezza di un pisello, in acqua, si filtra e si aggiunge reattivo Wohlgemuth dapprima I e poi II. In presenza di sangue si ha colorazione verde o azzurra.

Per la ricerca dei pigmenti biliari si aggiungono alle feci sciolte diluite con acqua una soluzione di sublimato. Nei casi positivi si ha una colorazione verde, mentre le feci normali danno una colorazione rossa. Anche piccole particelle colorate in verde depongono per la presenza di pigmenti biliari. Questa prova serve anche per dimostrare l'azione colagoga dei purganti nella cura delle affezioni della cistifellea.

La ricerca dei grassi neutri e acidi si fa con il metodo di Lori. Un pezzetto di sterco della grandezeza di un grano di miglio viene diluita con una goccia di soluzione fisiologica (NaCl 0,9 %) e si tratta con una goccia di soluzione acquosa concentrata di azzurro Nilo. Il tutto si stende su di un portaoggetti e si copre con un portaoggetti. Al microscopio il grasso neutro appare sotto forma di zolle di color rosa e quello acido come zolle o goccie di colore azzurro o violetto.

Per la ricerca dei parassiti si distende su un portaoggetti uno strato di feci e lo si lascia essicare all'aria. Quindi si tratta con olio di cedro. Il preparato così si conserva a lungo. Si osserva a medio ingrandimento. Oppure si mescola un pezzetto di feci con soluzione fisiologica, oppure in una soluzione di sale comune al 30 % e si lascia depositare per quattro ore: le uova dei vermi essendo più leggere si raccolgono alla superficie.

Per la ricerca del bacillo tubercolare si asporta con una sonda con il materiale depositato sulla mucosa rettale, si distende su portaoggetti, si fissa e si colora. Cecconi consiglia di colorare a caldo con una soluzione fenica di fucsina, decolorare con una soluzione con acido solforico al 15 %. Per colorazione di contrasto invece della soluzione acquosa bleu di metilene Pappenheim consiglia di trattare per un minuto con una soluzione dello stesso colore in alcool assoluto all'1 %. DR.

Cattivi risultati dopo gastro-entero-anastomosi per ulcera gastro-duodenale.

(L. GINZBURG e S. MAGE. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, fasc. VI, 1938).

Ampia esposizione dei risultati dell'analisi macroscopica ed istologica di 86 pezzi ottenuti con resezioni gastro-duodenali, in individui precedentemente operati di gastro-enteroanastomosi per ulcere gastriche o duodenali. I reinterventi furono praticati o per l'insorgenza di ulcere della bocca anastomotica o del digiuno, o perchè l'ulcerazione primitiva continuava a dare disturbi dopo la gastro-enteroanastomosi, o perchè il neostoma era mal funzionante.

Dall'analisi anatomo-patologica compiuta gli AA. giungono alle conclusioni seguenti:

1) Uno stoma gastro-enterico ben efficiente porta quasi sempre alla guarigione di un'ulcera gastro-duodenale attiva.

2) Le mancate cicatrizzazioni di ulcere duodeno-gastriche, dopo gastro-enterostomia, sono sempre associate con una inefficienza meccanica dello stoma.

3) Mentre però uno stoma ben funzionante porta a guarigione un'ulcera duodenale attiva, sembra che contemporaneamente favorisca lo sviluppo di un'ulcera anastomotica o digiunale.

4) L'ulcera anastomotica o digiunale, non si trova invece nei casi con anastomosi mal funzionante.

5) La coesistenza di un'ulcera duodenale attiva e di un'ulcera anastomotica o digiunale attiva è molto rara.

6) La gastro-enterostomia pone l'ulcera attiva in condizioni simili a quelle di un'ulcera in periodo di latenza.

7) Le ulcere della piccola curva non vengono beneficamente influenzate dalla G. enterostomia, come le ulcere piloriche.

8) Le stomie eseguite per ulcerazione della piccola curva sono raramente sede di ulcere anastomotiche. D'AGOSTINO.

Tumori maligni dell'intestino tenue.

(D. T. CHAMBERLIN. *Surgical Clinic of North Amer.*, vol XVIII, 1938).

Riportando 9 casi di osservazione personale, l'A. fa in questo lavoro un'ampia rivista dei tumori maligni dell'intestino tenue. Essi possono essere divisi, secondo l'A. in anulari ed asimmetrici. I carcinomi assumono normalmente la prima forma, mentre i sarcomi si presentano sotto la forma proliferativa. Se vi si include il carcinoma della papilla di Vater il duodeno diviene il tratto più frequentemente colpito dai neoplasmi maligni. Segue il digiuno e ultimo viene l'ileo. L'età media dei pazienti colpiti è tra i 45 ed i 50 anni. La sintomatologia varia a seconda della localizzazione e dei caratteri del tumore e a seconda della sua situazione nell'intestino.

Il carcinoma situato nei pressi della papilla di Vater, produce sintomi molto simili a quelli determinati da un'ostruzione pilorica; il carcinoma dell'ampolla provoca un ittero indoloro, ininterrotto, ingravescente. Il cancro della porzione di duodeno distale all'ampolla

e del I tratto digiunale determina fatti ostruttivi a progressione lenta accompagnati qualche volta da gravi dolori crampiformi epigastrici col loro massimo a 2, 3 ore di distanza dai pasti. I tumori del tratto digiuno-ileale possono dar segno di sè in due modi: o con un gruppo di sintomi vaghi, raramente costanti, per lo più saltuarii, sempre progressivi; malessere, anoressia, perdita di peso, anemia; il dolore è sordo e crampiforme; se il lume intestinale è invaso ampiamente il p. ha vomito, due, tre volte per settimana. Oppure, (nelle forme ad accrescimento fuori del lume intestinale) vi è come solo segno anemia progressiva finchè le masse neoplastiche divengono palpabili attraverso la parete addominale.

La prognosi del tumore maligno dell'intestino tenue è cattiva; il cancro ha la tendenza alle metastasi precoci, sì che gli ammalati vengono operati in genere quando già esistono metastasi.

Kiefer dà come durata media di sopravvivenza all'intervento 1 anno. Il linfosarcoma ha uno sviluppo ancor più rapido ma in esso è più facile la diagnosi precoce, perchè più rapidi a stabilirsi sono i segni di ostruzione.

D'AGOSTINO.

VASI SANGUIGNI.

Recenti concetti sulla endoangioite obliterante e sua cura.

(W. RIEDER. *Mediz. Welt.*, 8 aprile 1939).

La endoangioite obliterante è una malattia che colpisce quasi esclusivamente il sesso maschile (contrariamente alla simile malattia di Raynaud che colpisce quasi solo le donne) nell'età tra i 20 e i 40 anni. Essa si inizia con disturbi vaghi; dolori reumatici o nevralgici avvertiti periodicamente alle estremità (spesso al solo piede), senso di freddo, formicolìo, parestesie. In uno stadio ulteriore si manifestano degli spasmi al polpaccio e la claudicazione intermittente; sono inoltre tipici dei dolori tormentosi che compaiono la notte, in posizione orizzontale, ai piedi ed ai polpacci. Per evitare questi dolori alcuni pazienti tengono le gambe rattrappite, altri siedono rannicchiati sul letto, altri sono costretti a passare le notti su una seggiola od a fare di tanto in tanto delle corse nella stanza. I dolori sono spesso tanto intensi che i pazienti richiedono la amputazione dell'arto dolorante. Se tenute in posizione sollevata, le estremità diventano ceree; se lasciate penzolare, assumono un colore bleu-scuro. La malattia perciò si può confondere col Raynaud, ma essa colpisce il sesso maschile, si inizia alle estremità inferiori e spesso da un solo lato, e può dare necrosi estese: mentre la malattia di Raynaud colpisce le donne, si inizia simmetricamente alle mani e non dà mai delle necrosi estese ma tutto al più necrosi delle punte delle estremità. Il segno distintivo più sicuro è però l'assenza del polso periferico nei casi di endoangioite obliterante a pieno sviluppo. Il decorso della malattia può essere cronico e protrarsi per 20 anni e più, ma può essere anche fulminante.

Può restare limitata alle estremità inferiori (in rari casi alle superiori) ma può anche generalizzarsi a tutto il sistema vasale e provocare manifestazioni cliniche a carico dei vasi del cuore e del cervello. Possono comparire necrosi, limitate alle dita dei piedi (o delle mani) oppure estese all'intero arto. Le cause etiologiche non sono identificate. Si sono incolpate pregresse trombosi, traumi, compromissioni continuate degli arti. Ricerche dell'A. dimostrano l'assenza di qualsiasi segno di endoangioite obliterante in 220 traumatizzati alle estremità inferiori, nè in 250 operai le cui estremità superiori erano da decine di anni soggette a continui scuotimenti per il lavoro con arnesi ad aria compressa. La endoangioite obliterante è causata da anomalie costituzionali, da una difettosa capacità di reazione dei vasi periferici e dalla conseguente permanente cattiva nutrizione. Su tale base costituzionale, favoriscono la insorgenza della malattia, fattori dannosi che circolano nel sangue (sostanze tossiche, infezioni, trombosi) che ledono la parete vasale (congelamenti, peri-tromboflebite) o che ledono i nervi (pressioni sui plessi, nevriti).

La cura medica può essere utile negli stadi iniziali (bagni elettrici, bagni alternati caldi e freddi, cauto massaggio, insulina, padutin, papaverina); raramente però essa ripristina la capacità lavorativa, quasi mai dà la guarigione clinica. In tutti i casi in cui con le cure mediche la malattia non migliora definitivamente diventa necessaria la esclusione operatoria dei vasocostrittori. La simpatectomia periarteriosa non dà risultati permanenti che si ottengono solo con la resezione del tronco simpatico o dei suoi rami comunicanti (per l'arto superiore dal 6° cervicale al 2° toracico o sezione del tronco sotto quest'ultimo, per l'arto inferiore resezione del tronco lombo-sacrale dal 3° lombare al 2° sacrale). L'intervento riesce a ridare la capacità lavorativa solo a quei casi in cui la eliminazione dei vasocostrittori migliora effettivamente la circolazione. Di ciò si deve assicurarsi prima dell'intervento, il metodo più importante e più sicuro è la esclusione temporanea dei vasocostrittori per mezzo del blocco novocainico del plesso (estremità superiori) o della anestesia spinale alta (estremità inferiore): anestesia che permette di operare subito in caso di reazione positiva. L'operazione è indicata solo se il blocco vasocostrittore provoca nell'arto un aumento di temperatura di almeno 2-3 gradi. Questi casi dànno il 70 % di risultati buoni duraturi (ripristino della capacità lavorativa seguita dall'A. per oltre 10 anni).

P.

Profilassi della trombo-embolia postoperativa.

(F. KAZDA. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 21 aprile 1939.

Vi sono alcuni individui particolarmente disposti alle trombosi post-operatorie: è necessario identificarli e attuare in essi una efficace profilassi. Così la trombosi è molto più frequente nel sesso femminile. Predisposte sono soprattutto le donne intorno alla età climaterica e quelle a tipo costituzionale pastoso, grasse, a respiro corto. Questo stesso tipo costituzionale rappresenta anche nel sesso maschile il gruppo dei predisposti alle trombosi. In questi predisposti la profilassi si rivolgerà anzitutto al cuore, la cui sofferenza durante l'intervento chirurgico è causa di rallentamento della circolazione, uno dei fattori della trombosi. Perciò in questi predisposti si inietteranno cardiocinetici (l'A. raccomanda particolarmente il cardiazol) a partire da 5-8 giorni prima dell'operazione. Nello stesso periodo si somministrerà anche la tiroidina in dose di tre volte al giorno 10 ctg.; sembra accertato che la ipertireosi impedisca la trombo-embolia, infatti la estirpazione del gozzo è l'unica grave operazione che non è quasi mai seguita da trombosi (l'organismo riassorbe gran di quantità di secreto tiroideo dai monconi). Soprattutto nelle operazioni sull'addome, il cuore soffre anche per il sollevamento del diaframma; in tal senso è dannosa l'abitudine di sollevare dopo l'operazione l'estremità inferiore del letto. Le sole estremità inferiori devono esser tenute sollevate onde migliorare in esse le condizioni circolatorie. Le trombosi post-operatorie prediligono i serbatoi sanguigni del polpaccio e la fossa poplitea. Durante le operazioni queste regioni sono spesso compresse e questo favorisce la formazione dei trombi. È utile mettere al disotto di queste zone pericolose dei cuscini soffici: nei pazienti con vene varicose si raccomandano delle fasciature di materiale flessibile inelastico che protegge le vene dalla prolungata compressione. Il riassorbimento di prodotti di sfacelo cellulare favorisce la trombosi sia danneggiando il cuore che alterando la crasi sanguigna: importa per ciò assicurare un buon deflusso del cosiddetto secreto primario della ferita con drenaggi multipli permanenti per 1-2 giorni dopo l'operazione.

Oltre alla posizione sollevata degli arti inferiori e alla cura che essi poggino su materiale soffice, serve ad evitare la trombosi una precoce istituzione di movimenti passivi; si eviterà invece il massaggio onde evitare lo staccarsi di emboli da un trombo che si sia eventualmente già formato. Il paziente si farà alzare precocemente solo se le condizioni del suo cuore sono ottime: negli individui deboli o in età avanzata si sia invece molto cauti. Anche dopo l'intervento continuerà una somministrazione generosa di cardiocinetici. P.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Sulla diagnosi e la cura della pancreatite acuta.

Questa discussione si è svolta il 7 dicembre 1938 alla Soc. Reale di Medicina di Londra (*Proceed. of the Royal Soc. of Medic.*, aprile 1939).

I. Morley ha parlato lungamente sull'argomento. Ha detto che non si può discutere della diagnosi e della cura senza prima occuparsi della patogenesi. Il fatto più saliente da rilevare è che la pancreatite acuta è molto frequentemente associata alla calcolosi epatica (dal 42 al 69 % secondo le varie statistiche).

Opie nel 1901 emise l'ipotesi che per calcolo incuneato nell'ampolla di Vater la bile potesse essere spinta nel dotto di Wirsung e che a questo fatto si debba attribuire la pancreatite e a conferma di questo modo di vedere potè provocare la pancreatite nel cane introducendo bile nel dotto pancreatico. Ma solo nel 4,5 % dei casi v. Schmieden e Sebening trovarono calcolo dell'ampolla di Vater.

Archibuld nel 1919 disse che bastava uno spasmo dello sfintere di Oddi per dare reflusso di bile nel dotto pancreatico anche senza presenza di calcolo.

Nel 60 % dei casi si ha reflusso di bile o ostruzione o infezione nel dotto pancreatico. Negli altri casi bisogna pensare ad un altro meccanismo.

Rich e Daff nel 1936 richiamarono l'attenzione sulla necrosi ialina delle arterie e vene pancreatiche. Per loro questa lesione è la lesione iniziale ed è dovuta a fuoriuscita di tripsina attiva del sistema degli acini sotto pressione. Sperimentalmente ottennero le stesse necrosi vascolari iniettando sotto cute nel cane tripsina attiva, mentre non le ebbero iniettando bile.

Essi trovarono anche in percentuale forte (13 volte su 24 casi) metaplasia dell'epitelio del dotto pancreatico con fatti proliferativi. Questa proliferazione può provocare la fuoruscita di tripsina nel tessuto interstiziale del pancreas e dare così la pancreatite emorragica.

Di questa metaplasia il Morely ha mostrato dei preparati fornitigli dal Susman.

Il Moynihan ha scritto che pochi quadri clinici sono tanto chiari come quello della pancreatite acuta nei casi gravi. In pieno benessere e per di più in un individuo florido, per lo più dopo un pasto, si ha insorgenza improvvisa di dolore epigastrico intenso, che si diffonde al dorso e resiste anche alla morfina. Obbiettivamente si ha dolorabilità e resistenza della parte superiore dell'addome senza però raggiungere la rigidità della perforazione di un'ulcera. Fin dall'inizio si ha distensione del colon. Il polso diventa frequente fin dall'inizio, si ha cianosi, vomito, respiro frequente.

La diagnosi differenziale si deve fare col-

l'ostruzione intestinale alta, coll'ulcera gastrica perforata, colla colecistite ostruttiva acuta, colla rottura spontanea del dotto biliare comune, colla trombosi e l'embolia dell'arteria mesenterica superiore, colla trombosi coronaria.

Nell'ostruzione intestinale alta il vomito è più persistente che nella pancreatite, è dapprima biliare, poi dà contenuto intestinale; inoltre ci sono riacutizzazioni dolorifiche a tipo spasmodico e il dolore non si irradia mai al dorso.

Nella perforazione di ulcera gastrica c'è spesso una storia di disturbi di vecchia data.

Nella colecistite è frequente la febbre.

La rottura del dotto biliare è di diagnosi difficilissima perchè non ha nulla di particolare che permetta la differenziazione.

La trombosi e l'embolia della mesenterica si possono diagnosticare solo tardivamente, quando compare melena.

Nella trombosi coronaria il dolore è retrosternale.

La prova di Loewi (istillazione di adrenalina nel sacco congiuntivale) non dà risultati diagnostici probativi nella pancreatite acuta.

Invece ha valore diagnostico notevole la diastasi (o amilasi) delle urine. L'indice diastasico, cioè il numero dei centimetri cubici di soluzione di amido al 0,10 % digerito da 1 cc. di urina in 30' a 37-38°, è nella pancreatite uguale a 100 fino a 2000, mentre normalmente oscilla fra 4 e 50.

Si può avere glicosuria, aumento lieve della glicemia. Poco probativo è il dosaggio delle sostanze grasse nelle feci.

La mortalità per pancreatite oscilla fra 30 e 60 %.

Mentre una diecina di anni fa si pensava che soltanto un intervento chirurgico precoce potesse ridurre la mortalità, oggi si dubita di questo pensando che alcuni casi possano guarire spontaneamente. Comunque si pensi, se si interviene è utilissimo drenare bene, perchè se così non si possono riparare i danni già prodotti dalla tripsina e dalla lipasi, se ne possono evitare dei nuovi.

Una statistica del Walzel pubblicata nel 1934, dà mortalità elevata (86,67 %) nei casi operati precocemente e meno elevata (28,26 per cento) negli altri.

L'O. ritiene che in un primo tempo dopo fatta la diagnosi la cura non debba essere operativa, ma limitata a fleboclisi di soluzione salina e al lavaggio gastrico continuo col tubo di Ryle.

In questi casi la soluzione glucosata non si deve adoperare, perchè l'aumento che essa provoca della glicemia aumenta la secrezione pancreratica.

Nei casi dubbi si farà un'esplorazione chirurgica.

La cura chirurgica della calcolosi epatica è certamente il miglior mezzo profilattico contro la pancreatite.

H. Blacow Yates ripete molte delle cose già dette dal precedente oratore. Fra la diagnosi differenziale pone anche la pericardite acuta con versamento. Per quanto riguarda la genesi della pancreatite ricorda, oltre le altre teorie, quella di Duval, Gregoire e Brocq dell'apoplessia pancreatica (da stasi vasodilatatoria per irritazione del sistema neurovegetativo), secondo la quale si viene a negare alla pancreatite un carattere infiammatorio.

L'O. richiama anche l'attenzione su un segno di particolare gravità: la colorazione bluastra dell'ombellico e della zona periombellicale, dovuta a ostruzione del circolo portale. Egli ritiene che l'ipertensione portale abbia importanza notevole nella patogenesi della pancreatite, come hanno dimostrato Gilbert e Chabrol. In caso di trombosi venosa si dovrebbe avere aumento di volume della milza.

Anch'egli è contrario all'intervento precoce e consiglia all'inizio cura medica con morfina o atropina, drenaggio medico del duodeno con sonda duodenale, soluzione salina per via rettale o endovenosa, a volte insulina. Egli adopera all'inizio l'efedrina per ovviare alla stasi pancreatica. Altri adoperano l'efetonina.

Consiglia di intervenire solo nei casi guariti quando si hanno malattie biliari. Se c'è ittero si farà un drenaggio delle vie biliari, se c'è suppurazione pancreatica si drenerà il pancreas, se c'è peritonite si farà un drenaggio pelvico.

W. H. Ogilvie non approva l'astensionismo chirurgico dei precedenti oratori nè il dolore della pancreatite come essi l'hanno descritto. Questo dolore non è agonizzante, come essi dicono.

La diagnosi di cura di pancreatite si ha solo colla ricerca della diastasi. Facendo questa ricerca sistematicamente si trovano dei casi lievi di pancreatite, che guariscono spontaneamente e che non richiedono nessun intervento chirurgico. Ci sono dei casi in cui la pancreatite assume il quadro dell'addome acuto. Colla laparatomia si vede un pancreas gonfio e scuro; può essere solo in stato di apoplessia o iperfunzionante per eccesso di glucosio somministrato. Perchè in questi casi non si deve drenare? il non drenare può essere pericoloso, perchè successivamente quest'organo alterato può diventare preda di germi.

In altri casi l'addome contiene un liquido ricco di tripsina e sangue, c'è quindi una peritonite chimica, che successivamente diventerà batterica. Anche qui, perchè non si deve drenare?

E. R. Cullinan e J. G. Stewart hanno ampiamente descritto un caso di disfunzione acuta pancreatica ed attacchi ricorrenti guarito spontaneamente. Si trattava di una nubile ventitreenne che ebbe a ripetizione crisi dolorose del quadrante superiore sinistro dell'addome

e con tumefazione palpabile e riferibile al pancreas. Durante gli attacchi c'era un aumento della diastasi urinaria e della lipasi ematica.

Questo caso ha avuto la sintomatologia descritta da Zoepffel nel 1922 come edema acuto del pancreas.

H. Rodgers ritiene, per quello che ha imparato dalla propria esperienza, che il drenaggio del pancreas è poco efficace, perchè all'autopsia dei casi con esito letale drenati chirurgicamente ha trovato tessuti alterati in zone lontane dal pancreas e che non si sarebbero potute sottoporre a drenaggio.

L.

DIVAGAZIONI

Passatempi e lavoro, fattori terapeutici dei malati in ospedale.

Alessandro Dumas padre chiudendo la sua feconda carriera dichiarò che egli era soddisfatto della sua opera, più che per i guadagni e la fama conquistati, per il sollievo che la lettura dei suoi romanzi aveva dato ai malati. In effetti le vicende narrate da Dumas senza pretensioni d'indagini psicologiche o di tesi sociali e filosofiche incatenano lo spirito, distraggono i sofferenti senza affaticarli. La lettura di libri facili è il miglior sollievo per i malati, e lo è altrettanto la musica. In Francia ed in America, esperimenti fatti su larga scala hanno dimostrato che la musica solleva gli infermi, è un potente ausilio dei mezzi curativi dei malati del corpo, concorre alla guarigione dei psicopatici, alla rieducazione degli anormali.

La terapia moderna va precisando i mezzi psichici indicati per alleviare le sofferenze in atto e concorrere al ricupero della salute. È ovvio che questi espedienti psicoterapici sono più facili ad applicarsi per l'infermo degente in casa. Ma non per questo se ne può prescindere negli ospedali, tenuto conto della diffusione e delle funzioni che essi vanno assumendo.

Dell'argomento si occupa U. di Aichelburg (*Giornale di Batteriologia e Immunologia*, marzo 1939). La cura dello spirito, egli scrive, è divenuta in questi ultimi tempi uno dei compiti essenziali degli ospedali. Come ha detto un medico inglese « l'ospedale acquista un'anima ». Distrarre l'infermo dalla sue pene, sollevarne il tono sentimentale, infondergli la fede della guarigione costituiscono espedienti efficaci quanto ogni altro metodo di cura. Ciò si sapeva fin dall'antichità, ma solo da poco è stato affrontato con criteri scientifici, solo oggi si va organizzando ed attuando.

I passatempi hanno lo scopo di smorzare l'impressione suscitata nel malato dall'ingresso in ospedale: cambiamento di abitudini, allontanamento dalla casa e dalle persone care, abbandono del lavoro, ansia per la malattia e l'esito delle cure.

Nulla al riguardo è più confortevole della lettura e della musica.

La sete di leggere è propria di ogni malato che sia in grado di farlo. Tutti gli infermi cercano di procurarsi romanzi, novelle, commedie, giornali e riviste. Ma occorrerebbe che la scelta non fosse affidata al caso o alle singole possibilità. Occorrerebbe che il rifornimento e la distribuzione di libri e giornali fosse disciplinata in modo da venire incontro al gusto, alla cultura, alle condizioni fisiche e psichiche degli infermi. Il genere dei libri dovrebbe essere scelto e la lettura graduata in modo da riuscire dilettevole e non affaticante.

La lettura di scritti ameni o altri passatempi, come le parole crociate, i rebus, le sciarade e simili devono essere consigliati in modo che siano adatti al grado di cultura e d'intelligenza dell'infermo, nonchè al suo stato di salute. Da ciò la necessità del controllo medico.

Anche per quel che riguarda la musica si deve tenere conto delle predilezioni dei singoli: c'è chi gusta Beethoven e chi preferisce il ritmo della danza, chi si appassiona alle arie delle grandi opere e chi è contento di ascoltare le canzoni popolari. Tutto deve essere confaciente alle singole inclinazioni. La necessità di non disturbare coloro che non intendono o non possono ascoltare la musica fà sì che la radio non si presta per le sale degli ospedali comuni. Essa può essere sfruttata negli istituti dove i pazienti non sono costretti a letto e possono recarsi in apposite sale dove si potrebbe accedere per ascoltare nelle varie ore la musica da ciascuno preferita. In tali sale potrebbero essere trasmesse musiche con dischi ed eventualmente organizzati veri concerti.

Il benefico passatempo della musica diventerà forse uno dei principali fattori di cura. In America si progettano ospedali dotati di una sezione di terapia musicale con medici e infermieri specializzati.

Per i cronici ed i convalescenti di malattie acute, per i malati di mente si potrebbero apprestare altri divertimenti: commedie, cinematografo, giuochi all'aria aperta.

L'utilità del lavoro come mezzo curativo è stata riconosciuta da gran tempo, ma in effetti è stato attuato su larga scala solo per gli alienati allo scopo anche di sfruttare la loro integrità fisica.

Negli Stati Uniti si fece un primo tentativo d'introdurre il lavoro negli ospedali generali nel 1915, ma in realtà solo di recente è stato utilizzato con una certa estensione e con criteri veramente scientifici.

Sta di fatto che negli ospedali comuni si incontrano al riguardo vari ostacoli, tra i quali il più importante è quello che i malati vi fanno un breve soggiorno ed in genere in condi-

zioni fisiche da non potere attendere ad alcun lavoro. Questo è possibile e può riuscire benefico solo per i convalescenti ed i cronici. Per i convalescenti il lavoro in ospedale, oltre ad un esercizio fisico e ad un passatempo, costituisce un riadattamento, una ripresa che consente il rapido ritorno alla vita ordinaria subito dopo la dimissione. Per i cronici il lavoro tempra e ravviva le residue risorse fisiche, solleva il morale in modo da prepararli a riprendere, sia pure parzialmente, le abituali occupazioni o a nuove occupazioni adatte alle minorate condizioni fisiche.

Per i malati di mente il genere del lavoro deve essere adeguato alle condizioni del paziente. Per gli eccitabili, i distratti, gli irrequieti sono indicati lavori che richiedono movimenti ritmici, uniformi, che richiedono una certa attenzione (tessere, lavorare a maglia, segare, ecc.): si soddisferà così il bisogno di movimento e si otterrà un effetto calmante. Per i depressi, invece, bisognerà evitare la monotonia dei gesti e concentrare l'attenzione su occupazioni che destino interesse e diano qualche soddisfazione.

Nelle sezioni chirurgiche e ortopediche il lavoro deve essere il completamento o la sostituzione delle cure fisiche. Un lavoro che richieda attenzione ed interessi vince l'istintiva resistenza a muovere gli arti minorati. Nel Bellevue Hospital di New-York per gli infortunati il trattamento dei postumi delle fratture è basato essenzialmente sul lavoro anzichè sui massaggi od altre forme di terapia fisica. Nel caso di frattura del polso si fanno eseguire lavori per i quali occorre maneggiare un martello il cui peso viene progressivamente aumentato. Nelle fratture del gomito sono utili i lavori di tessitura, in quelle della spalla la stessa tessitura ma con telai fissati ad un'opportuna altezza; nelle fratture della gamba si fanno manovrare macchine a pedali.

La classica cura del riposo dei tubercolotici in sanatorio presenta per alcuni di essi, e precisamente per quelli con forme lievi, apirettiche, inconvenienti che possono essere corretti con il lavoro. L'alimentazione abbondante non accompagnata da esercizi fisici può nuocere all'apparato digerente e provocare disturbi del ricambio; la noia dell' inattività ingenera irritabilità, malcontento, sfiducia. La lettura e la musica sono passatempi utili, ma non sempre sufficienti. Occorre che il malato riempia la sua giornata con qualche cosa che, mentre eserciti i suoi muscoli, attivi la circolazione, lo distragga dalle sue miserie, lo interessi e gli dia ancora la coscienza della sua utilità. Il giardinaggio, l'orticoltura, la manutenzione di strade e viali, i lavori di tessitura, di falegnameria e simili sono le occupazioni che meglio convengono al tubercolotico.

Tutto però, deve essere adeguato e graduato a seconda le condizioni degli infermi. Anche per i malati che devono rimanere a letto si possono escogitare forme semplici di lavoro che richiedono movimenti semplici, non affaticanti.

In ogni caso si devono evitare lavori che importino sforzi violenti o prolungato dei muscoli toracici, che producano polveri o si svolgano in ambienti polverosi.

Per l'assegnazione di tali lavori alcuni valutano la capacità lavorativa dell'infermo desumendola dai dati semeiologici e stabiliscano l'energia residuale secondo schemi determinati: per es. per le forme apicali chiuse la capacità lavorativa sarebbe ridotta del 30-50 %, per i vecchi processi disseminati del 40-60 %, ecc. Altri ricorrono all'ergometro, altri infine, come il Sivori, apprezzano il comportamento dell'organismo di fronte alla fatica a seconda della diminuzione, stazionarietà o aumento del peso dopo marce di 2-4 Km. considerando scarso, discreto o buono « il margine di resistenza organica o potenzialità di reazione organica » e ammettendo al lavoro solo i malati con margine buono o discreto. Il mezzo migliore però è forse quello della prova pratica della resistenza del malato ad un determinato lavoro.

La scelta e l'applicazione delle attività fisiche per affrettare la guarigione di ogni paziente, suscitargli interesse per la vita, ridargli la fiducia in sè stesso, richiedono cognizioni e preparazione speciali. È facile pensare le difficoltà che si incontrano nella pratica quando si tengano presenti i principi fondamentali delle cure di lavoro:

1) Il lavoro deve suscitare l'interesse di chi lo compie; il malato deve avere la coscienza di fare cosa utile.

2) La cura di lavoro, come ogni altra terapia, deve essere sistematica, suggerita e controllata dal medico, che deve metterla in rapporto con gli altri sussidi terapeutici contemporaneamente praticati.

3) La quantità del lavoro deve essere regolata e graduata a misura che aumentano la forza e la capacità del malato.

4) Il trattamento deve essere assolutamente individuale; non è il malato che deve essere indirizzato alle varie occupazioni, ma l'occupazione adattata al malato secondo le sue possibilità.

5) Il lavoro deve favorire l'attività del cuore e della circolazione; favorire la respirazione; mettere in movimento in grado maggiore o minore particolari muscoli; far funzionare con una data ampiezza certe articolazioni; mettere in attività determinati nervi di moto; attivare il raziocinio, la memoria, l'osservazione, l'attenzione, la fantasia, ecc.

6) Si devono produrre oggetti compiuti, utili, pratici.

7) Il lavoro deve essere vario e possibilmente nuovo.

8) Deve infine essere produttivo.

Il medico che voglia mettere in pratica il lavoro terapeutico deve, tenendo conto dei detti principî, affrontare uno studio che richiede, oltre ad una solida esperienza clinica, particolari nozioni tecniche, per le quali occorre una speciale preparazione.

Ma nell'attuazione pratica il medico deve essere coadiuvato da infermieri o sorveglianti che abbiano un'istruzione adeguata. Negli Stati Uniti sono state istituite al riguardo speciali scuole, alle quali può essere ammesso solo chi è munito di un diploma di scuola media. Il corso dura un anno. S'impartiscono nozioni di medicina e chirurgia, psicologia, fisioterapia, medicina sociale, igiene e tecnica ospedaliera, igiene personale e mentale, pediatria, sviluppo e teoria delle cure di lavoro, sviluppo delle arti e mestieri, disegno, industrie moderne, rapporti fra cure di lavori e riabilitazione al lavoro.

Può seguire un corso di perfezionamento presso determinati ospedali per la specializzazione nella cura di lavoro per i malati comuni, i tubercolotici, i neuropatici, i mentali, i traumatizzati, ecc. *argo.*

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Prof. G. AYALA. *L'algoestesia e le algie degli organi della vita vegetativa.* Pisa, Industrie grafiche, V. Lischi e figli, 1938 (XVII).

Qualunque contributo, che abbia veste scientifica sperimentale e clinica, alla patologia del sistema neuro-vegetativo desta un particolare interesse, nella fiducia che esso apporti un materiale di chiarificazione in un campo tuttora pieno di incertezze e di ombre, là dove sopratutto si tratti differenziare i quadri antitetici simpaticotonici e parasimpaticotonici, oggi che sempre più prevale il concetto della frequente fusione delle due sindromi nei più diversi e alternanti atteggiamenti.

Tra i molti argomenti che si collegano alla patologia neuro-vegetativa di particolare rilievo, per la sua interferenza in vasti campi di morbosità somatica e psichica, che interessano il clinico ma anche più il medico pratico, sono le sindromi dolorose viscerali, che trovano l'origine delle molte controversie in una fondamentale, che è quella delle incomplete o incerte cognizioni anatomiche sull'intero sistema.

Da quanto si è detto può facilmente intendersi quale significato e quale importanza abbia il lavoro dello Ayala, insigne maestro di neurologia, della vecchia e mai superata scuola del Mingazzini, e dalla quale ha tratto una particolare influenza di anatomismo e di organicismo psico-fisiologico. Tuttavia in questo lavoro si parla, di fronte al dolore, di situazioni di coscienza, di sovrapposizioni psichiche, di riflessi subcoscienti, entrando in pieno nella sfera psicologica, e pensiamo che, penetrandovi anche più profondamente e obbiettivamente, forse più facile risposta si troverrebbe all'enigma prospettato dal Mantegazza e con il quale l'A. chiude il suo lavoro, ricco di pensiero e di dottrina, dichiarando che da esso deriva « il nostro assillo e la nostra aspirazione ».

La monografia è la relazione su un tema generale dell'ultima Riunione neurologica internazionale di Parigi, ma è anche il più completo lavoro riassuntivo sui « dolori viscerali », per quanto non inteso in una metodica clinica e in schemi nosografici. La trattazione parte dai concetti anatomo-fisiologici, discute della presunta analgesia chirurgica dei visceri, del dinamismo positivo o negativo degli stimoli provocatori, e ne descrive la diversa natura e le varie sorgenti; si occupa della ricettività e comportamento dei vari tessuti e organi allo stimolo, dei modi con i quali questo si trasmette e propaga, e così di seguito, nessun argomento lasciando inesplorato.

Finisce il lavoro, come già accennammo, nel campo delle ipotesi e di quella loro soluzione possibile e probabile, a cui tutti aspiriamo, fiduciosi che l'A. meglio che altri possa apportarvi, perseverando, un contributo per quanto sia possibile utile alla sua definizione.

G. MÒGLIE.

H. BORDIER. *Traitement physiotehérapique moderne de la paralysie infantile.* Editore C. Doin e C., Parigi. Prezzo Fr. 26.

In questo fascicolo de « La Pratique médicale illustrée » è esposto il metodo fisioterapico suggerito dal Bordier per la cura della paralisi infantile.

Il metodo consiste nella tempestiva applicazione della radioterapia per agire sulle lesioni poliomielitiche, della diatermia e della galvanizzazione per attivare i processi nutritivi dei muscoli paralizzati per impedirne o arrestarne l'atrofia. DR.

F. DUBITSCHER. *Der Schwachsinn.* Editore G. Thieme, Lipsia. Prezzo RM. 24.

È questo il primo volume del trattato delle malattie ereditarie pubblicato sotto la direzione di A. Gütt.

La prima parte è dedicata alla clinica generale e speciale delle sindromi caratterizzate da arresto di sviluppo mentale, di cui sono ampiamente esposte le cause, la sintomatologia psichica e somatica, l'anatomia patologica, i metodi rieducativi, la profilassi. Capitoli molto interessanti sono riservati ai riflessi etici, sociali, e legali, della debolezza di mente.

La seconda parte è interamente dedicata ai metodi di esame dell'intelligenza.

DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

P. SIEBECK, H. SCHULTZ-HENCKE e V. v. WEIZSÄCKER. *Ueber seelische Krankheitenstehung.* Editore G. Thieme. Lipsia. Prezzo RM. 1,80.

Questo piccolo volume contiene tre studi: Il primo di R. Siebeck sul concetto di organico, funzionale e neurotico in diagnostica ed in terapia; il secondo di H. Schultz-Hencke sulle neurosi degli organi; il terzo infine di V. von Weizsäcker tratta delle influenze psichiche sulle affezioni circolatorie. DR.

F. REUTER. *Beiträge zur gerichtlichen Medizin,* Editore F. Deuticke, Vienna.

È il XIV fascicolo di questo periodico, che pubblica notevoli lavori di medicina legale di K. Meixner, F. Reuter, Ph. Schneider, W. Schwarzacher, A. Werkgartner, L. Breitenecker, H. Gummersbach, F. Schoen, F. Wagner, G. Weyrich, K. Wilcke, F. J. Holzer e W. Lavez. DR.

L. IMBERT. *Accidents du travail.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. 80.

I libri d'infortunistica di Léon Imbert hanno costituito per molto tempo i testi di consultazione più completi e più pratici in materia. Ricordiamo che quello pubblicato molti anni in collaborazione con C. Oddo e P. Chavernac fu il primo manuale dal quale si potevano attingere utili notizie e precisi orientamenti per l'apprezzamento delle minorazioni permanenti determinate dai traumi.

Successivamente Imbert pubblicò da solo un nuovo manuale che aveva su quello scritto in collaborazione, il vantaggio di essere più organico, più proporzionato, più completo.

Ora ne compare la terza edizione che è più aggiornata specie in rapporto alla medicina legale delle invalidità di guerra e delle malattie professionali. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 28 marzo 1939

Presidente: prof. S. CITELLI.

Produzione sperimentale di sarcoma nel testicolo di mus decumanus con 1-2 benzopirene.

G. GULLOTTA. — L'O. ha voluto sperimentare l'azione dell'1-2 benzopirene in soluzione oleosa iniettato nel parenchima testicolare.

L'alta percentuale di sviluppo di masse neoplastiche nel tessuto iniettato (sarcomi polimorfo cellulari) conferma l'azione indiscutibilmente oncogena di questo particolare prodotto, ricavato dagli idrocarburi aromatici policiclici.

Criteri da seguire nella classificazione di taluni sarcomi della prostata.

G. FRAGALÀ. — Un caso di linfo-adenosi neoplastiforme prostatica, in un individuo di 65 anni, interessante pure sistematicamente tutte le linfoghiandole vicine, permette all'A. di intrattenersi su alcuni importanti dati che consentirebbero una netta separazione dei cosiddetti sarcomi a piccole cellule rotonde e dei cosiddetti linfosarcomi dai veri e propri sarcomi, e di precisare alcuni criteri da seguire nella classificazione dei sarcomi della prostata.

Grosso " ateroma „ della valvola mitrale condizionante steno insufficienza.

G. LA VILLA. — In un uomo di 72 anni, in corrispondenza della valvola mitrale, l'O. ha riscontrato una formazione risultante di una parete di connettivo e di un contenuto di colesterina, acidi grassi, grassi neutri più granuli di calce.

Detta formazione, che in mancanza di ogni altro possibile criterio diagnostico l'oratore indica come ateroma, condiziona stenoinsufficienza della valvola mitrale.

Malattia di Di Guglielme con quadro anatomo-patologico di mielosi eritremica.

PARADISO e REITANO. — Gli OO. descrivono un caso di malattia di Di Guglielmo, ragazzo di 10 anni morto dopo 2 mesi e mezzo dall'inizio del male.

Anatomicamente la nota saliente è costituita dall'interessamento sistemico oltre che del complesso splenoepatomieloghiandolare, dei reni, ureteri, testicolo; delle tonsille, tessuto adenoide del tubo gastro-enterico, dei polmoni e bronchi, del cuore, della pachimeninge cerebrale.

Il quadro anatomico descritto per numero di parenchimi interessati e per intensità di lesioni non è di meno del quadro più classico di mielosi leucemica sistemica.

Voluminoso ascesso della parete gastrica. Resezione gastrica. Guarigione.

E. MALAN. — Un giovane di 28 a., pochi giorni dopo aver sofferto una tonsillite, venne colto da febbre alta e quindi dopo tre giorni da un dolore acutissimo all'epigastrio; in breve tempo sopravvenne una sintomatologia di lesione acuta probabilmente suppurativa dell'addome alto. Gli esami clinici eseguiti convalidarono il sospetto precedente e l'ammalato venne sottoposto all'intervento colla diagnosi di probabilità di empiema della cistifellea, verso cui portavano alcuni sintomi dell'esame obbiettivo. All'intervento fu messo in evidenza un voluminoso ascesso dello stomaco con aderenze al fegato, all'omento e al colon. Aperto l'ascesso durante le manovre di scollamento, lo stomaco venne resecato. Il decorso fu ottimo sotto ogni rapporto e ne seguì una completa guarigione. L'O. descrive l'aspetto anatomopatologico della lesione soprattutto dal punto di vista istopatologico, confermando la diagnosi operatoria, e mettendo in evidenza alcuni particolari del tessuto in esame. La sede dell'ascesso era in prevalenza nella sottosierosa e nella muscolare; l'O. pensa che il fatto iniziale sia avvenuto nella sottomucosa e che quindi si sia esteso per continuità o per via linfatica. La via ematogena fu probabilmente la via che portò l'infezione alla parete gastrica; in questo caso la tonsilla sarebbe stata la porta d'entrata. L'O. termina con alcune considerazioni sulla diagnosi e sulla prognosi dell'affezione; infine espone le ragioni di scelta fra i vari tipi di interventi che lo hanno guidato durante l'operazione.

Il Segretario: prof. G. B. COTTINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Fratture ossee ed età.

L'età influisce sia sulla frequenza delle fratture che sulla loro entità e localizzazione. Naturalmente anche il processo di guarigione sarà più o meno rapido e completo a seconda della età dei fratturati. Nelle diverse età varia la frequenza di esposizione ai pericoli e varia la prudenza e la esperienza. Le fratture più frequenti sono secondo M. Grauhan e J. Schulz (*Méd. Klinik*, n. 10, 1939) quelle dei segmenti distali degli arti (61 % delle fratture); seguono le fratture dei segmenti prossimali (28 %) mentre quelle interessanti la testa, il torace, il bacino arrivano appena all'11 %. Durante i primi 5 anni di vita il bambino è per lo più sorvegliato, perciò le fratture non sono molto frequenti malgrado la fragilità delle ossa. Con il progredire della indipendenza del bambino aumenta la frequenza delle fratture, dal quinto al decimo anno e ancora più da questo al quindicesimo: in questo quinquennio la frequenza delle fratture raggiunge il suo massimo. La frequenza diminuisce poi progressivamente fino al 25° anno per risalire di nuovo da questo al 30° anno (aumentata esposizione ai pericoli per sopperire ai bisogni famigliari). Dopo il 30° anno la frequenza delle fratture diminuisce sensibilmente e progressivamente (aumento della esperienza e della prudenza). La curva della frequenza delle fratture ossee per il sesso femminile segue nei primi 25 anni di vita un decorso parallelo a quella del sesso maschile, però ad un livello molto inferiore. Il decorso ulteriore delle curve differisce molto nei due sessi: nel maschio la frequenza sale tra i 25 e i 30 anni fino a raggiungere il vertice di cui prima si è detto, per poi decrescere progressivamente, nella donna invece la curva sale lentamente ma continuamente, fino a raggiungere il secondo massimo (il primo, come per i maschi, cade tra i 10 e i 15 anni) nella età tra i 60 e i 65 anni. Solo dopo i 60 anni tra i fratturati il numero delle donne comincia a superare quello degli uomini; esso sale poi fino al 75 % nella età tra i 70 e i 75 anni. L'aumento delle fratture nella donna in età sarebbe dovuta alla adiposità che in essa si sviluppa dopo il climaterio.

L'età influisce anche sulla localizzazione delle fratture. Così la frattura sopracondiloidea dell'omero si osserva solo nei bambini, la frattura del collo del femore quasi soltanto nei vecchi. Il massimo delle fratture del gomito cade tra i 5 e i 10 anni, diminuisce notevolmente dopo il 15° anno.

Lo stesso per le fratture dell'avambraccio, mentre le fratture delle dita si accumulano tra i 20 e i 40 anni, soprattutto negli uomini. Tra tutte le fratture la più frequente è quella della estremità inferiore del radio (15 %): la sua frequenza ha due apici, il primo in età giovanile, il secondo cui partecipa soprattutto la donna, dopo i 40 anni. P.

Trattamento delle fratture costali con la neurolisi intercostale.

S. L. Bado e H. Cagnoli (*Boletín de la Sociedad de cirugia de Montevideo*, fasc. VI, 1938) dopo avere accennato ai vari trattamenti terapeutici ed immobilizzanti del torace specie per far cessare il dolore, ritengono che il migliore sia quello dall'alcoolizzazione del nervo col metodo Leotta.

Essi l'hanno sperimentato su 30 casi ottenendo sempre anestesia perfetta, assicurata immobilità, correzione delle deviazioni nonchè assenza completa di inconvenienti o difficoltà. A. GRASSI.

Sull'osteomielite cronica con recidive e metastasi simmetriche multiple.

Kafka V. (*Revue de Chirurgie*, fasc. I, 1939) riferisce uno studio clinico e patogenetico di un caso di osteomielite ad andamento cronico, il quale ha presentato alcune particolarità interessanti e cioè un grande numero di recidive metastatiche, sempre situate in punti differenti con una simmetria assoluta e in sedi raramente colpite dall'osteomielite. Si trattava di una infezione grave piogenica all'inizio della malattia la quale ha provocato un'osteomielite della tibia, lasciando prevedere per i suoi caratteri che il sistema osseo sarebbe stato colpito in più punti.

Dopo una pausa di 6 anni, la malattia si è manifestata con attacchi ripetuti frequenti, ogni volta in regioni differenti. Queste metastasi avevano i caratteri di una infezione secondariamente attenuata, tendente alla guarigione spontanea e che terminavano con l'eliminazione di un piccolo sequestro; questi sequestri non lasciavano fistole.

G. BENDANDI.

Sarcoma osseo. Fattori che ne influenzano la prognosi.

Simmans C. C. (*Surgery Gynec. and. Obstetrics*, fasc. I, 1939) illustra una serie di 47 casi di sarcomi ossei operati e arriva alle seguenti conclusioni: su 18 casi amputati, 11 pazienti e cioè il 39 per cento erano guariti fino a 5 anni dopo l'intervento. La prognosi non può essere unica per tutti i sarcomi: è più grave per quelli i cui elementi cellulari mostrano una maggiore anaplasia, meno grave per quelli in cui vi è abbondanza di tessuto fibroso adulto. Su 5 di questi casi si ebbe dopo amputazione la guarigione nel 10 per cento. M. PEREZ.

Lipomi periostesi.

Moulonguet P., Bachy G., Dobkevitch S. (*Revue de Chirurgie*, fasc. 1, 1939) riportano la illustrazione di un caso clinico riferentesi a un uomo di 60 anni, che in seguito a un traumatismo fu operato per un lipoma periosteo. L'esame istologico mise in evidenza un lipoma che si impiantava sull'osso. Poichè si trattava di un infortunio sul lavoro e fu fatta una perizia, il relatore ammise che il lipoma fosse stato irritato alla sua base di impianto sulla linea aspra del femore dal trauma, costituito da un calcio di cavallo e che a causa di questo si fosse prodotta una penetrazione di travate ossee nel lipoma. Una cosa è certa, che prima che ricevesse il calcio del cavallo il paziente lavorava e non aveva nessun disturbo. L'infortunio fu liquidato con un 10 % per un aggravamento dell'artrite del ginocchio, ma per il rimanente la lesione fu considerata del tutto temporanea. Tolto il tumore il paziente ha ripreso le sue occupazioni e rivisto a distanza di tempo era in perfetta salute.

Questi tumori sono molto rari; le osservazioni pubblicate vengono riassunte.

G. Bendandi.

Le cause dell'osteoporosi senile.

La carenza prolungata di minerali può bene essere causa della debolezza associata con l'osteoporosi quale si osserva nei vecchi. Molta attenzione è stata rivolta e molti studi si sono fatti sulle esigenze minerali nella dieta dei bambini, meno per i grandicelli e gli adolescenti; poco o nulla per gli adulti e, tanto meno, per i vecchi. Bisogna, invece, tener presente che delle deficienze protratte nella dieta possono alterare la salute degli adulti e produrre varie delle incapacità che si attribuiscono all'età senile. I gradi estremi di demineralizzazione delle ossa dei vecchi dimostrabili radiologicamente sono ben noti ai chirurghi. In molti adulti, l'osteoporosi si sviluppa già prima dei 50 anni; in maggior proporzione la si osserva ai 60. I sintomi sono spesso così indefiniti che la diagnosi non viene fatta e la mancanza di forze si attribuisce alla senescenza. Alcuni autori hanno rilevato l'aumento nel numero di vecchi che si ricoverano in ospedale per fatti patologici dovuti a fratture delle vertebre che, in conseguenza della perdita di sali di calcio non sono più capaci di resistere agli sforzi di un'attività normale.

Si dimentica spesso che le ossa sono tessuti viventi, in cui vi è un costante ricambio di sali minerali; l'osteoporosi generalizzata può essere spiegata soltanto in base ad un ricambio minerale negativo cronico od intermittente, durato per anni.

Altri fattori concorrono nel determinare l'osteoporosi. È stato dimostrato che alla carenza in calcio e vitamina D va attribuita l'osteomalacia di cui l'osteoporosi può essere considerata come una forma insidiosa, cronica e subclinica, attribuibile quindi anch'essa in parte alla deficienza in vitamina D. Inoltre la diminuzione dell'acido cloridrico, quale si osserva nei vecchi, contribuisce ad abbassare l'assorbimento di calcio da parte dell'organismo.

In un editoriale del *Journ. amer. med. ass.*, 4 febbraio 1939) si osserva giustamente che i problemi della nutrizione degli adulti sono stati eccessivamente trascurati, mentre abbisognano di studi sistematici ed estesi. Oltre alle disfunzioni endocrine, un deficiente apporto minerale **può** essere causa di un bilancio negativo del fosforo e del calcio, che porta alla demineralizzazione. E molti gradi di inabilità che noi accettiamo come un inevitabile appannaggio dell'età possono forse essere spiegati in tal modo e, probabilmente anche prevenuti od attenuati. *fil.*

Cura delle lesioni aperte del ginocchio.

Nelle lesioni delle parti molli della regione del ginocchio è sempre necessario assicurarsi che l'articolazione non sia aperta (Uebermuth, *Med. Klinik*, n. 10, 1939); per molti casi è perciò consigliabile inviare il ferito in ospedale dove si possa rivedere la ferita e provvedere in caso di lacerazione della capsula. Assolutamente indispensabile diventa il ricovero se il decorso post-traumatico è febbrile; le infezioni articolari sono molto pericolose.

Se l'articolazione è aperta, i suoi movimenti fanno uscire liquido sinoviale dalla ferita: indizio importantissimo. Non si ricorra invece mai per la diagnosi di apertura articolare al sondaggio, pericoloso perchè porta l'infezione in una articolazione che ne può ancora essere immune. Se la ferita è recente (6-8 ore) la lacerazione della capsula va accuratamente e completamente suturata; le parti molli vengono chiuse in modo da lasciare una piccola lacuna per un sottile drenaggio di garza lasciato in sito per 24-48 ore.

Molto utile è il riempimento dell'articolazione con fenolo-canfora o con rivanolo. Se la rotula è fratturata, essa va cucita con seta. In tutti i casi è necessaria la immobilizzazione dell'articolazione. Se il decorso è afebbrile e la guarigione asettica, dopo il 10° giorno si iniziano i movimenti attivi. Se sono passate già più di 6-8 ore dal trauma si ripulisce la ferita ma la si lascia aperta. Se dopo il trauma il decorso è febbrile e la febbre è in ascesa, si aprirà largamente la ferita e l'articolazione se vi si è formato del pus; se l'infezione si limita al recesso anteriore si può limitare l'intervento alla punzione dell'articolazione e successivo lavaggio — al caso riempimento — con liquidi antisettici. In casi più gravi può essere necessario estirpare tutte le parti legamentose e cartilaginose dell'articolazione per eliminare i recessi in cui ristagna il pus; talora soltanto l'amputazione può salvare la vita al ferito. P.

La cura delle artrîti con la sulfanilamide.

H. C. Coggeshall e W. Bauer (*New England Journal of Medicine*, 19 gennaio 1939) hanno trattato diciotto casi di artrite gonococcica con la sulfanilamide. La cura fu intrapresa nel periodo iniziale prima che si manifestassero lesioni articolari distruttive. Tranne che in un caso nel quale il trattamento fu cominciato con un'iniezione intramuscolare di 90 cmc. di una soluzione al 2,5 %, il farmaco fu somministrato per via orale alla dose di 15 cgr. per kgr. Si cominciava con il dare una prima dose corrispondente alla metà di quella calcolata e poi si continuava con il dare ogni quattro ore, giorno e notte, la dose suindicata. Si otteneva così di mantenere la quantità di sulfanilamide nel sangue ad un livello costante. La cura fu continuata per due settimane o più, ed in qualche caso si dette ancora per due settimane la metà della dose. Contemporaneamente alla sulfanilamide si somministrava bicarbonato di soda a parti eguali per evitare disturbi gastrici.

I primi segni di miglioramento si manifestarono 72-88 ore dopo l' inizio della cura. Dopo il terzo giorno scomparvero i gonococchi dal tratto genito-urinario, e dopo 72-88 ore il liquido sinoviale risultò sterile. Contemporaneamente migliorarono i fatti articolari. In nove casi si ebbe la guarigione completa, cinque di essi ricuperarono in toto la funzione delle articolazioni colpite ed in tre all'esame radiologico si riscontrarono segni di ricalcificazione e di neoformazioni ossee.

La sulfanilamide provocò qualche reazione secondaria (nausea, eruzioni, cianosi, leucopenia, acidosi) ma mai anemia intensa. Per ridurre le manifestazioni tossiche, che in ogni caso scompaiano con la cessazione della cura e la somministrazione di abbondanti quantità di liquidi, è consigliabile propinare dosi elevate del farmaco e raccorciare la durata della cura.

In dieci casi di artrite reumatoide non si ebbe alcun effetto malgrado si adoperassero dosi generose di sulfanilamide. I sintomi articolari migliorarono solo in un caso. DR.

L'infiltrazione di procaina nel trattamento delle distorsioni acute.

E. J. Moynahan (*British med. journ.*, 1° aprile 1939) caldeggia il trattamento delle distorsioni acute e di disturbi e lesioni del genere, con l'infiltrazione di cocaina, riportando vari casi della sua ampia esperienza. Il trattamento era stato dapprima proposto per le distorsioni della caviglia e forse trova in queste il più largo campo di applicazione; ma esso può essere utilizzato anche per le distorsioni di altre articolazioni (nella casistica dell'A., del pugno, delle dita, del ginocchio), nonchè in varie fibrositi, nella rigidità del collo, nella lombaggine; l'iniezione di una piccola quantità della soluzione nel trapezio dà una guarigione quasi istantanea del « collo rigido ».

Si usa una soluzione del 1/2 al 2 % di procaina, con cui si infiltrano i tessuti periarticolari dell'articolazione interessata; per la caviglia, bastano 10-15 cmc. Si ottiene un sollievo dal dolore quasi immediato, con diminuzione del gonfiore e ritorno quasi completo della mobilità. Qualche ora dopo, il dolore ritorna e permane per circa 7 ore, lasciando nella maggior parte dei casi una minima inabilità, tanto che il paziente può ritornare rapidamente al lavoro, al contrario di quanto accade con i consueti trattamenti a base di riposo. In una proporzione minima di casi, può essere necessario ripetere l'iniezione il giorno seguente. Questo dolore successivo costituisce l'unico inconveniente della cura; lo si attribuisce alla stessa procaina e si consiglia di fare un'altra iniezione, con della semplice soluzione salina.

Il trattamento è stato consigliato anche per certe fratture, specialmente per quelle in cui è utile una precoce mobilizzazione, come anche in certe lussazioni, versamenti cronici ecc. Campbell lo ha recentemente usato anche nelle fratture della caviglia. *fil.*

L'ernia posteriore dei dischi intervertebrali lombari.

Bergouignan et Caillon (*Gazette des Hôpitaux*, 25 marzo e 2 aprile 1939) nei due articoli trattano in rivista sintetica dell'ernia posteriore dei dischi intervertebrali o sindrome del nucleo polposo.

Dopo aver premesso come tale sindrome non sia affatto rara nella pratica dove si presenta con la sintomatologia di una comune sciatica unilaterale, tracciano un quadro clinico della malattia e riassumono in 5 punti i dati che ne faciliterebbero la diagnosi:

1) Presenza di un fatto di ordine traumatico nell'anamnesi.

2) Inizio della sintomatologia dolorosa con una lombaggine che diventerebbe poi una lombosciatica ed infine una comune sciatica per lo più a sinistra.

3) Scomparsa del dolore col riposo e sua esagerazione con i movimenti.

4) Alterazione di periodi dolorosi con periodi di miglioramento che sarebbero in relazione con eventuali riduzioni spontanee dell'ernia.

5) Il suo accertamento diagnostico mediante la puntura lombare e l'introduzione in rachide di lipiodol dopo l'estrazione di 2-3 cc. di liquor, l'esame radiologico fatto su un tavolo oscillante secondo la tecnica di Glorieux darebbe la prova cruciale dell'esistenza di un'ernia posteriore di un disco intervertebrale e spiegherebbe la sintomatologia dolorosa.

Circa il trattamento terapeutico dell'affezione gli AA. darebbero più importanza a quello chirurgico (laminectomia) non nascondendo tuttavia la sua difficoltà. CROTTI.

NOTE DI RADIOLOGIA

La diagnosi radiologica del cancro del retto.

W. Wagner (*Archif für Klin. Chir.* B. 195, H. 1, 1939) si ferma a considerare l'importanza della indagine radiologica nel cancro del retto. La impossibilità di giungere talora ad una diagnosi precisa con l'esplorazione digitale e con la rettoscopìa, impone un esame radiologico preciso.

Come mezzi di contrasto possono usarsi il bario per clisma opaco od anche l'aria.

L'A. rammenta come lesioni flogistiche anche extrarettali, possano talora simulare radiologicamente un cancro del retto e conclude che indagine radiologica, esplorazione digitale e rettoscopìa, sono esami che si completano e non si escludono. G. D'ANTONA.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA.

La sensibilizzazione da prova di Casoni causa d'errore nella diagnosi di cisti idatidea.

Rist (*La Presse Médicale*, n. 11, 1939) dopo avere accennato all'importanza della reazione del Casoni che rappresenta la prova biologica più semplice e più apprezzata per la diagnosi di cisti idatidea, parla delle cause d'errore della positività della reazione. Negli individui affetti da asma, orticaria, malattie pruriginose, sifilide, la reazione può essere positiva: come lo può essere negli individui infestati da tenia e tale può rimanere per un periodo di tempo assai lungo dopo l'espulsione del parassita.

Ma vi possono essere altre cause d'errore. L'A. riferisce tre casi di cancro del polmone, in cui la reazione di Casoni, una prima volta completamente negativa, si è mostrata positiva ad una seconda prova. L'A. spiega questo fatto paradossale attribuendo alla prima iniezione intradermica di antigene idatideo un'azione sensibilizzante, che la seconda iniezione ha reso manifesta. JADEVAIA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sull'attenuazione in vitro della virulenza del B. difterico.

Virdis F. (*Giorn. di Batt. e Imm.*, gennaio 1939) si pone il problema ancora insoluto riferentesi alle cause per cui i bacilli della difterite riescono a provocare l'insorgenza della malattia in alcuni soggetti e non in altri, e a determinare manifestazioni cliniche diverse per intensità e durata.

La distinzione, in base a differenze morfologiche e al diverso comportamento culturale e biochimico, nei tre tipi di bacillo difterico-gravis, intermedius, mitis non è ammessa corrispondere, secondo i controlli più recenti, ad un diretto rapporto colle manifestazioni cliniche di malattia: il tipo gravis fu infatti riscontrato in casi di malattia a decorso benigno e il tipo mitis in casi di malattia grave e anche mortale.

Partendo dalla constatazione di AA. precedenti, che l'infezione difterica si diffonde ugualmente presso le collettività immunizzate, senza però dar luogo a manifestazioni cliniche di una qualche gravità, l'A. pensa che il bacillo difterico possa andare incontro alla perdita della virulenza per il contatto prolungato coll'organismo vaccinato.

Qualche esempio di modificazione sperimentalmente indotta da bacillo difterico virulento in avirulento è già nota: e l'A. ne enumera i più dimostrativi. In nessuno di essi però ci si valse a questo scopo del contatto più o meno prolungato del bacillo difterico cogli umori dell'organismo immune. Quest'ultimo viene dall'A. realizzato mettendo una cultura di bacilli difterici virulenti in sacchetti di collodio mantenuti per diversi periodi di tempo nella cavità addominale di cavie immunizzate con anatossina. I risultati ottenuti furono completamente negativi, nel senso che non poterono essere osservate nei bacilli difterici così trattati; modificazioni nè nelle caratteristiche morfologiche o culturali, nè nella capacità tossigena e patogena. F. MAGRASSI.

VARIA

Proprietà diuretiche ed ipotensive delle pere.

A. Halasz (*Wiener Medezinische Wochenschrift*, 29 ottobre 1938) ha istituito ricerche intese a saggiare l'azione delle pere sull'organismo sano e malato ed ha trovato che esse hanno notevoli proprietà diuretiche ed ipotensive.

Le esperienze sono state fatte su individui precedentemente sottoposti ad una lunga e minuziosa osservazione allo scopo di tener conto degli scarti spontanei della tensione arteriosa.

Gli ipertesi furono alimentati per uno a dieci giorni esclusivamente con pere crude accuratamente sbucciate alla dose quotidiana di Kgr. 1.500, ed eccezionalmente di Kgr. 2.

Si verificò più o meno rapidamente una caduta della tensione arteriosa, specialmente notevole nelle ipertonie dell'età critica e nell'arteriosclerosi con lesioni renali.

Negli ammalati che presentavano edemi e versamenti cavitari si ebbe il loro rapido riassorbimento.

Invece negli individui molto avanzati nell'età o con ipertensione di vecchia data si ebbe un risultato negativo, il che prova anche che l'ipertensione per molto tempo non è legata a lesioni anatomiche definitive, ma a fenomeni funzionali reversibili.

Le mele e le pesche danno in ogni caso risultati nettamente inferiori.

DR.

LE PAGINE DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Vaccinosi.

Ricordi clinici. — Pustole vacciniche ombelicate al centro, sparse o raggruppate sulla cute (faccia per solito) e talvolta anche sulla mucosa orale in bambini e più raramente in adulti. La disseminazione delle pustole avviene il più delle volte in bambini vaccinati contro il vaiuolo per autoinoculazione, specialmente quando sono affetti da eczema. Febbre elevata.

Terapia. — Fare impacchi sulle superfici cutanee coperte da pustole vacciniche con soluzione di acido borico, od anche con linimento oleo calcareo per dare un qualche sollievo. Prima di fare impacchi aver cura di bene ripulire le parti con pustole, detergere e disinfettare con nitrato di argento all'1 % o con acqua ossigenata. Fasciare con molta cura allo scopo sopratutto di impedire la formazione di altre pustole per trasporto di materiale vaccinico.

Sorvegliare attentamente i bambini, esaminare le funzioni renali.

Acrodermatite continua.

Ricordi clinici. — Alle estremità delle dita delle mani prurito, rossore, pustole, flittene, croste. Le unghie sollevate dal processo infiammatorio sottostante cadono. È dermatosi ostinatissima, ribelle alle cure e recidivante. A lungo andare le estremità delle dita si atrofizzano.

Terapia. — Trattare le acrodermatiti come le piodermiti. Disinfezione, pulizia accurata, impacchi, applicazione di pomate disinfettanti (all'ossido giallo di mercurio, al vioformio, miscela del Milian). In caso di insuccesso o di recidive, il che è frequentissimo, fare irradiazioni Roentgen. Il buon esito di tutte le cure è purtroppo quasi sempre momentaneo.

Linfangite.

Ricordi clinici. — Tragitto a forma di striscia rossa, disegnata sulla cute che parte da una lesione suppurata (impetigine, ectima, ferita, ecc.) e che risale in alto verso i gangli linfatici. Talvolta questa striscia è molto infiammata e la si palpa sotto forma di cordone. Può suppurare a tratti. Vi può essere febbre.

Terapia esterna. — Per prima cosa curare la lesione iniziale suppurata con le solite disinfezioni (nitrato di argento in pastello o al 5 %, impacchi di liquidi disinfettanti, od applicazioni di pomate disinfettanti). Sulla linfangite fare impacchi con acqua ittiolata al 5 %, od anche impacchi di alcool etilico.

Terapia interna. — Usare vaccini antipiogeni polivalenti. Forse meglio fare uso di preparati sulfamidici per bocca (Streptosil, ecc.).

Impetigine.

Ricordi clinici. — L'impetigine dermatosi di tutte le età; colpisce più di frequente i bambini. La cute della faccia ne è a preferenza invasa. Si presenta sotto forma di croste giallastre irregolarmente rotondeggianti, tolte le quali rimane una abrasione superficialissima rosso umida. Queste abrasioni e queste croste sono consecutive a formazioni pustolose o bollose, formazioni che per la loro fugacità non sempre sono visibili. L'impetigine è causata da germi piogeni. È malattia contagiosa.

Terapia. — Trattandosi di dermatosi molto superficiale e da piogeni la cura è molto semplice e di sicura riuscita. Non si deve far altro che portare un medicamento disinfettante sulle lesioni, cioè sulle abrasioni a specialmente sulla periferia di esse dove esiste un collaretto epidermico sotto il quale si annidano i germi. Rimosse adunque meccanicamente le croste cosparse la cute ammalata con delle pomate disinfettanti:

Pr.		
	Ossido giallo di mercurio	gr. 5
	Resorcina	gr. 1
	Acido salicilico	gr. 2
	Vaselina	gr. 70
	Lanolina	gr. 30

oppure:

Pr.		
	Vioformio	gr. 5
	Ittiolo	gr. 2
	Timolo	gr. 0,50
	Vaselina	gr. 60
	Lanolina	gr. 40

In genere con l'applicazione di una di queste due pomate, specialmente con quelle al vioformio, l'impetigine guarisce in pochi giorni. Ci si può trovare però di fronte ad impetigini ostinate o molto generalizzate, nelle quali la terapia, sebbene sempre di sicuro esito, riesce più difficile. Nel primo caso sarà bene, dopo asportate le croste, toccare abbondantemente le abrasioni con soluzione di nitrato di argento all'1 o al 2 % insistendo particolarmente alla periferia delle abrasioni sotto il collaretto, di cui dissi, e quindi applicare le pomate. Nel caso invece di impetigini molto estese o particolarmente infiammate disinfettare con soluzioni disinfettanti e con impacchi semplici (acido borico soluzione al 3 %), cercare di diminuire la infiammazione e di rammollire le croste. Tenere bene fasciate le parti perchè la dermatosi non si propaghi, medicare due o tre volte al giorno, ed appena la infiammazione sia diminuita applicare le pomate disinfettanti.

Terapia interna. — Non esiste una terapia interna della impetigine. È necesasrio sorvegliare le orine dei piccoli ammalati con impetigine molto estesa.

In caso di risentimento renale non applicare pomate con medicamenti disinfettanti, o farlo con molta cautela e in ogni modo per breve tempo.

Prof. Pier Angelo MEINERI
Direttore Ospedale S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

SERVIZI IGIENICO-ASSISTENZIALI

Provvedimenti sanitari.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato una circolare, n. 92, in data 29 maggio 1939-XVII, sulle sale per rappresentazioni teatrali, cinematografiche o altri trattenimenti presso gli Istituti di cura per tubercolotici; in essa si richiama l'attenzione sull'opportunità di un preventivo esame da parte dell'autorità sanitaria provinciale, delle condizioni tecnico-sanitarie delle sale, ove i trattenimenti debbono avere luogo, in maniera da salvaguardare i ricoverati e il personale addettovi. Nelle sale predette non debbono accedere persone estranee all'Istituto di cura, anche se trattasi di parenti dei ricoverati.

CONCORSI.

Posti vacanti.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano « Benito Mussolini »*. — Si fa presente che a modifica di quanto disposto nel bando di concorso (v. fasc. 16 e 17, 18 e 19), la domanda ed i documenti dovranno essere inviati al Ministero degli Affari Esteri, Direzione Generale degli Italiani all'Estero, Ufficio I, Roma.

ANCONA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Fino al giorno 3 luglio p. v. è aperto il Concorso per titoli ed esami, al posto di Direttore delle Sezioni dispensariali di Osimo e Senigaglia. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguito da almeno due anni. Altri documenti rituali prescritti dalla legge, compreso quello di appartenenza alla razza ariana. Inibito il libero esercizio della professione, ammessa sola privata consulenza.

Stipendio lire 13.000 annue e indennità di servizio attivo di lire 2210, l'uno e l'altra soggetti a riduzioni e maggiorazione di legge. Compenso di lire 150 mensili per vacazioni fuori sede e rimborso abbonamento ferroviario dal centro di residenza alle sedi delle sezioni. Inscrizione per metà carico alla Cassa N.N.F.P.S. per la tubercolosi.

Per ogni chiarimento ed invio di bandi rivolgersi alla Segreteria del Consorzio provinciale antitubercolare di Ancona presso la Provincia (piazza Roma).

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. del consorzio Bitonto-Giovinazzo; L. 18.000 e 5 quadrienni dec.; indenn. trasf. L. 2000; età limite 33 anni. Scad. 30 agosto.

BERGAMO. *R. Prefettura.* — Assistente presso la sezione med.-microgr. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 10.000 e 10 bienni di L. 450; serv. att. L. 2500, partecipaz.; età limite 35 anni. Scadenza 31 agosto.

MILANO. *R. Prefettura.* — Proroga al 30 giugno del concorso per 11 posti di uff. san. consorz.; età limite 32 anni. È abrogata la facoltà di partecipare al concorso, per gli aspiranti che alla data del bando prestino effettivo servizio non di ruolo, con qualunque denominazione, da almeno due anni, presso amministrazioni comunali.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario medico direttore presso la Succursale di Cernusco sul Naviglio (a 12 km. da Milano), per cronici; titoli ed esami; stip. L. 24.000, più L. 4500 indenn. residenza, alloggio per sè e famiglia. Titoli all'Ufficio Protocollo del Consiglio Ospitaliero (via Ospedale 5) non oltre le ore 16 del 4 agosto. Età limite 45 a. Chiedere copia del bando alla Segreteria. Per informazioni rivolgersi alla Sovrintendenza medica degli Istituti Ospitalieri.

OSIMO (vedere ANCONA).

ROMA. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso per esami a 45 posti di assistenti medico-chirurghi. Gli eletti non hanno diritto al posto in un determinato ospedale e la nomina verrà fatta alle condizioni tutte e con gli obblighi stabiliti dal Regolamento per il personale sanitario.

I sanitari che intendono prendere parte al Concorso devono presentare alla Segreteria Generale del Pio Istituto non più tardi delle ore 12 del 31 luglio p. v., la domanda (su carta da bollo di L. 4) corredata dai documenti debitamente legalizzati.

SENIGAGLIA (vedere ANCONA).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Sono stati insigniti del laticlavio i professori R. Alessandri, G. Alessandrini, L. Bardelli, G. Bastianelli, A. Beretta, A. Busi, L. D'Amato, G. Masnata, C. Micheli, A. Pepere, L. Spolverini, C. Tusini. Esprimiamo il nostro più vivo compiacimento a questi illustri rappresentanti della medicina italiana.

I proff. Enrico Greppi e Antonio Lunedei, sono nominati direttori dell'Istituto di Clinica medica e dell'Istituto di Patologia speciale medica e metodologia clinica nella R. Università di Firenze, occupando i posti lasciati vacanti dai proff. Ferruccio Schupfer, andato a riposo per limiti d'età, e Pio Bastai, chiamato alla cattedra di Clinica medica dell'Università di Padova.

Con recente decreto del Ministro delle Finanze è stata riorganizzata la direzione scientifica e l'attrezzatura sanitaria delle RR. Terme di Salsomaggiore. Come presidente effettivo del Comitato scientifico-sanitario è stato nominato il sen. prof. Nicola Pende, e come vice presidenti i proff. Gasbarrini della Clinica medica di Bologna e Alfieri della Clinica ginecologica di Milano, a segretari della Presidenza i proff. Vinai e Berutti.

Il dott. Consuelo Luccioni è nominato direttore dell'Ospedale provinciale S. Carlo in Potenza.

NOTIZIE DIVERSE

36° Congresso Nazionale di Ostetricia e Ginecologia.

Dal 15 al 18 ottobre avrà luogo in Torino il XXXVI Congresso nazionale di ostetricia e ginecologia, nei locali della R. Clinica Ostetrica e Ginecologica, sotto la presidenza del prof. Ercole Cova, direttore della Clinica.

Il Congresso sarà completato da una esposizione di prodotti farmaceutici, mobili per ospedali, strumenti chirurgici, forniture per laboratori e per gabinetti radiologici, pubblicazioni mediche, ecc.

Segretario del Congresso è il prof. Giuseppe Valle, della Clinica predetta, via Ventimiglia.

Congresso stomato-odontologico nazionale.

Dal 30 settembre al 4 ottobre si terrà in Napoli il Congresso stomato-odontologico nazionale. All'ordine del giorno figurano le seguenti relazioni: 1) « Stato attuale delle conoscenze e delle applicazioni pratiche sulla protesi in ceramica », rel.: dott. G. Caccia e G. De Tommasi; 2) « Stato attuale delle conoscenze pratiche sulla protesi parziale e totale », rel.: proff. R. Mori e Gagliardi; 3) « Stato attuale delle cognizioni sulla terapia ortodontica », rel.: proff. Arlotta e De Vecchis; 4) « Assistenza odontoiatrica infantile », rel.: prof. Pejrone e dott. Boniscontro; 5) « Terapia radicolare con particolare riguardo alla così detta terapia biologica », rel.: prof. B. Mela e un altro da scegliersi; 6) « Servizio stomatologico ospedaliero », rel.: proff. Grandi e Briasco; 7) « Anestesia in odontoiatria », rel.: proff. Palazzi e Calabrò; 8) « Le lesioni pulpo-dentarie nella patologia professionale », rel.: prof. Lippo e dott. Perna.

Il Comitato ordinatore ha stabilito un programma di gite e festeggiamenti.

6° Congresso latino d'eugenica.

Ricordiamo che il 1° Congresso internazionale della Federazione latina delle Società d'eugenica è indetto a Bucarest dal 25 al 30 settembre. Il Comitato organizzatore è presieduto dal prof. I. Parhon. Dall'Italia sono annunziate le seguenti relazioni: prof. M. Barbaro, « L'eredità tubercolare »; prof. T. Bonadonna, « Fecondazione artificiale »; prof. C. Gini, « Valore comparato dei vari fattori di sviluppo delle popolazioni ».

La Società Cook è agente ufficiale dei viaggi e del soggiorno in Romania.

Sono in programma escursioni alla regione montana di Sinaia, residenza reale, e al delta del Danubio, nonchè visite ad istituzioni scientifiche, artistiche e storiche.

I partecipanti al Congresso d'antropologia, indetto a Istambul e Constanza (Romania), potranno partire da Istambul in piroscafo il 23 settembre sera e giungere a Constanza il 24 settembre, in tempo per intervenire al Congresso d'eugenica.

Sede del Comitato: rua Dr. W. Staicovici 63, Bucuresti, Rumania.

Convegni di tisiologia.

Il 2 luglio la Sezione Piemontese della Federazione Naz.le Fascista Lotta contro la tubercolosi terrà il 2° Convegno regionale a Torino. Il tema di relazione è stato fissato il seguente: « Tubercolosi e funzioni materne ». Relatori: *parte clinica*: prof. E. Cova, direttore R. Clinica Ostetrica; *parte sociale-assistenziale*: prof. G. Ferrando, direttore sanitario del R. Sanatorio S. Luigi e prof. F. Lorenzetti, ostetrico del R. Sanatorio S. Luigi.

Sono ammesse comunicazioni anche su argomenti non attinenti al tema di relazione. Il titolo delle comunicazioni dovrà essere inviato alla Segreteria (corso Orbassano 339, Torino) non oltre il 25 giugno.

Il programma dettagliato sarà inviato agli iscritti, che per la data suddetta avranno inviata la loro adesione.

Sono invitati tutti i medici del Piemonte ed i tisiologi e studiosi del Regno. Riduzioni ferroviarie 50 % in occasione della Mostra Autarchica e del Gotico. Saranno resi noti i particolari organizzativi sulla cerimonia di inaugurazione, ricevimenti, visite ecc.

Questo secondo Convegno deve richiamare il successo del primo Convegno svoltosi l'anno scorso a Cuneo alla presenza di oltre 700 persone.

Inviare adesione al delegato regionale professor G. Ferrando, corso Orbassano 339, Torino.

Il 28 maggio ha avuto luogo a Matera (Puglie) il 1° Congresso interregionale di tisiologia organizzato dalla Sezione delle Puglie e di Matera della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la tubercolosi, con la partecipazione di numerosissimi medici, specialisti in tisiologia.

Altri congressi e convegni.

Al 10° Congresso internazionale di medicina e farmacia militari, di cui abbiamo già dato notizia, particolare risalto ha avuto una conferenza del sen. prof. A. Castellani, tenuta il 9 maggio, sul servizio sanitario durante la guerra etiopica.

Il 2° Congresso internazionale di medicina assicurativa sulla vita si è svolto a Parigi dal 18 al 21 maggio, sotto la presidenza onoraria di sir W. Laugdon-Brown (Cambridge) e del dott. P. Hörnig (Berlino) ed effettiva del prof. M. Loeper (Parigi). Tra i relatori sono stati G. Malan (Torino), T. Ricciotti (Roma), Cavalier (Roma), A. Starna (Milano) e Trottarelli (Roma). Un resoconto sommario è dato in « Presse Méd. », 7 giugno 1939.

I convenuti al 3° Congresso di studi sul parkinsonismo post-encefalitico, di cui già demmo notizia, hanno visitato l'Istituto provinciale « Regina Elena » di Roma, presente la Regina Imperatrice, e l'Istituto « Principe di Napoli » di Ariccia. Hanno partecipato ad un pranzo offerto dal Ministero dell'Interno e ad uno offerto dalla Provincia.

Il 63° Congresso della società tedesca di chirurgia si è svolto a Berlino dal 12 al 15 aprile, sotto la presidenza del prof. Nordmann. Resoconti preliminari possono leggersene in vari periodici medici: « Mediz. Welt » (27 maggio e 3 giugno), « Med. Klinik » (2 giugno e ss.), ecc.

La Lega belga contro il reumatismo si adunerà a Liegi dal 24 al 26 giugno; contemporaneamente è convocato il Consiglio della Lega internazionale contro il reumatismo.

L'Associazione belga di medicina sociale ha indetto delle « Giornate internazionali » a Liegi, dal 23 al 25 giugno. Quote d'iscrizione: 50 franchi belgi per i medici e 25 per le persone che li accompagnano. Rivolgersi al prof. Jean Firket, rue des Bonnes Villes 1, Liége, Belgio

A Gardone si è svolto un convegno di odontoiatri italiani e tedeschi, organizzato dai dottori Hruska e Zannoni. Sono state presentate e discusse varie relazioni. A un pranzo, il 7 giugno, hanno parlato, esaltando i legami di scienza e di amicizia tra i due popoli, il dott. Stuck, capo degli odontoiatri della Germania, il prof. Palazzi, in rappresentanza della A.N.C.F.S.O., l'odontoiatra Zannoni e il dott. Puntoni, medico di Gardone.

Il 16 luglio avrà luogo in Pistoia un Convegno medico regionale di medicina rurale al quale ogni medico è invitato a portare il contributo dei propri studi e della propria esperienza in tema di medicina rurale.

Il programma della giornata, che avrà anche la sua parte turistica, sarà reso noto prossimamente.

Si è tenuto a Lima il 1° Congresso medico sportivo, sotto la presidenza onoraria del ministro della sanità pubblica, con la partecipazione di delegazioni di 8 Stati dell'America centro-meridionale.

Le realizzazioni italiane nella lotta contro la tubercolosi.

Il dott. Otto Walter, capo della lotta contro la tubercolosi in Germania, alla seduta inaugurale del Congresso tedesco degli studi scientifico-sociali della tubercolosi in Graz, ha illustrato quanto si fa in questo campo in Italia, ove in pochi anni si è vista discendere la mortalità da 60 mila a 34.900 l'anno.

Il dott. Walter, che nel mese scorso, ospite della Federazione nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, ha potuto dettagliatamente constatare quanto si fa all'Istituto « Carlo Forlanini » ed altrove, alla presenza di oltre mille studiosi di tutte le città della Germania convenuti al Congresso, ha elogiato lo sforzo ammirevole fatto dal Regime fascista, che ha messo la lotta contro la tubercolosi fra gli obiettivi fondamentali della sua attività.

Il cons. naz. prof. F. Bocchetti, presente al Congresso, ha ringraziato il capo della lotta tedesca contro la tubercolosi, col quale inoltre sono state impostate varie collaborazioni allo scopo di meglio far conoscere nella prossima conferenza internazionale che avrà luogo in settembre a Berlino, quanto si è realizzato e quanto è nei futuri programmi di lotta in entrambi i paesi.

Il primato italiano nella profilassi immunitaria della tubercolosi.

A Genova, per invito dell'Istituto di studi scientifico-pratici sulla tubercolosi, il prof. Vincenzo Lo Bianco ha tenuto un importante discorso, rivendicando la priorità degli studi italiani per la immunità tubercolare. Ne riassumiamo brevemente i concetti fondamentali.

Gli studi su i fenomeni immunitari nella tubercolosi, ebbero inizio in Italia, e precisamente nella Scuola della Clinica medica di Genova, in quella palestra di studi e ricerche che dischiusero nuovi orizzonti alla comprensione delle malattie tubercolari, in rapporto non solo alla evoluzione e alla cura, ma anche e sopratutto alla profilassi. Questa pagina di storia è ignorata dalla maggioranza. La vaccinazione preventiva dell'uomo per la sua difesa dalla tubercolosi, fu preparata dagli studi sperimentali su la immunità, condotti tra il 1889 e il 1900 in detta scuola, dove poi fu, prima che altrove, applicata sull'uomo tra il 1900 e il 1903; in epoca anteriore nessuno aveva mai parlato di vaccinazione preventiva nè per l'uomo nè per gli animali.

Uno dei primi problemi proposto, fu quello d'indagare se e quali modificazioni il bacillo tubercolare subisca, allorchè viene introdotto in un organismo, e se le modificazioni influiscano sulla vitalità dei germi.

Dopo una serie di lunghe e pazienti ricerche, che rappresentano una enorme mole di lavoro, la immunità tubercolare fu dimostrata sperimentalmente su basi scientifiche. Dalle conoscenze acquisite sulla immunità, nacque la concezione della vaccinazione preventiva, capace d'impedire al *virus* penetrato nell'organismo, la creazione di malattie tubercolari, e le prove dimostrative confermarono che la vaccinazione crea nell'uomo uno stato difensivo analogo a quello che crea nell'animale da laboratorio, infettato sperimentalmente. Nella Conferenza dell'Aja del 1906, Edoardo Maragliano sancì le leggi che governano la immunità. Dopo le applicazioni eseguite in Italia, a distanza di anni furono fatti altri tentativi di vaccinazione in vari paesi del mondo: è una verità questa confermata da tutta la letteratura medica del tempo, mentre gli stranieri, non paghi di adattare e diffondere le nostre scoperte, le ascrivono fra le loro conquiste!

Vi è chi fa risalire a Calmette la storia della vaccinazione preventiva contro la tubercolosi, mentre questi ne parlò in Francia nel 1921, quando in Italia già si vaccinava nel 1903.

È vanto incontestabile della Scuola italiana, aver dimostrato l'esistenza di una immunità tubercolare, e di aver così fondato nuove concezioni sulla patologia e la profilassi delle malattie tubercolari, a mezzo della vaccinazione, che oggi è invocata e riconosciuta come mezzo di difesa dell'uomo contro il nemico tanto temuto.

Corsi di perfezionamento.

Le « Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung », organizza per l'autunno 1939 i seguenti corsi di perfezionamento per medici:

1) Ortopedia (11-16 settembre), onorario: 50 RM.;

2) Tisiologia (21-27 settembre), onorari: 50 RM. e 25 RM.;

3) Cardiopatie e malattie vascolari (2-7 ottobre), onorario: 50 RM.;

4) L'influenza del tempo, delle stagioni e di altri fattori sull'uomo sano ed ammalato (9-14 ottobre), onorario: 50 RM.;

5) Malattie cutanee e veneree con riguardo alla cosmetica (9-14 ottobre), onorario: 75 RM.;

6) Radiologia nella medicina interna (16-21 ottobre), onorario: 60 RM.;

7) Chirurgia delle malattie endotoraciche con speciale riguardo alla tubercolosi polmonare (16-19 ottobre), onorario: 60 RM.;

8) Ostetricia e ginecologia (23-28 ottobre), onorario: 50 RM.;

9) Otorinolaringoiatria (25 settembre-7 ottobre), onorari: 150 e 100 RM.;

10) Propedeutica e perfezionamento di omeopatia (9-28 ottobre), onorario: 60 RM.;

11) Corsi speciali concernenti tutti i rami della medicina con dimostrazioni pratiche tanto al letto del malato quanto in laboratorio, vengono tenuti ogni mese. In questi corsi viene data particolare preponderanza al lato pratico, e benchè il lato del perfezionamento teoretico passi in seconda linea, tuttavia non è affatto trascurato.

I corsi compresi tra i nn. 1 e 10 verranno tenuti in lingua tedesca; i corsi speciali anche in lingue straniere.

Per programmi ed ulteriori schiarimenti, rivolgersi agli Uffici dell'Accademia Berlinese pel perfezionamento dei medici, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus), Berlin NW 7.

Ai medici stranieri ed ai medici tedeschi residenti all'Estero le ferrovie germaniche concedono il 60 % di ribasso sui prezzi normali. Valendosi dei cosiddetti « Marchi Registrati », il medico straniero troverà, per la durata del suo soggiorno, un notevole tornaconto; sarà quindi opportuno che, prima di iniziare il viaggio, egli si metta in relazione con una Banca del proprio Paese.

Un corso complementare sul cancro dello stomaco si terrà a Parigi, nella Clinica medica dell'Ospedale Sant'Antonio, dal 26 giugno all'11 luglio, sotto la direzione del prof. M. Loeper e del dott. A. Lemaire; iscrizioni presso la Segreteria della Facoltà medica.

Le lezioni di medicina rurale presso l'Accademia medica pistoiese « Filippo Pacini », iniziatesi nel gennaio u. s. continuano tutt'ora. Nei mesi di aprile e di maggio sono state tenute dai professori L. Castaldi (2 lezioni), A. Mori, P. Doneddu, R. Silvestrini (2 lezioni).

Mostra germanica d'igiene a Bari.

Il Museo germanico d'igiene si è accordato con la Fiera del Levante per effettuare nella manifestazione del prossimo settembre a Bari la Mostra dell'uomo di vetro e di tutto un complesso di oggetti connessi, che è una chiara dimostrazione realistica e intuitiva destinata a rappresentare e spiegare le funzioni del corpo umano per istruire ed educare il cittadino nella conservazione della preziosa salute del corpo. Tutti i pezzi preparati, resi trasparenti secondo le esigenze dal prof. Spalteholz, mostrano la struttura del corpo umano in organi di embrione, neonati ed adulti. Ossa, nervi, muscoli, intestini e cuore costituiranno un'altra parte interessantissima della Mostra ed il complesso di essa sarà prezioso monito a ciascuno per la conservazione e cura del corpo, primo elemento del progredire della razza.

Il libretto sanitario in Francia.

In Francia si è istituito il libretto sanitario per tutta la popolazione: verrà rilasciato alla nascita e sarà di proprietà esclusiva del titolare.

Per evitare indiscrezioni, il titolare verrà designato con un numero, cui seguirà la menzione dell'Ente che ha rilasciato il libretto. Questo avrà carattere statale. Un modulo tipico è stato redatto su parere del Consiglio superiore d'igiene sociale.

Già il libretto sanitario vigeva per le scuole, i gruppi sportivi ed i malati di sifilide; inoltre venivano raccolte schede sanitarie nei dispensarii, nei servizi ospedalieri, nelle colonie di vacanze e nei consultori per lattanti; ma tra queste attività non v'era coordinazione; inoltre i documenti restavano spesso di proprietà degli enti che li avevano compilati.

Il ministro della sanità pubblica, in una circolare ai prefetti, espone le finalità della nuova istituzione. Ricorda la campagna di propaganda fatta dall'« Associazione Luisa Hervieu » ed un voto della camera dei deputati, su proposta Berney. Precisa le modalità ed il tempo degli esami medici periodici, i compiti di medici di famiglia e la cooperazione di medici specialisti.

Azioni giudiziarie.

Ad un concorso bandito dall'ente comunale di assistenza di Capua per un posto di chirurgo in quell'ospedale si presentarono sette candidati, fra i quali il dott. Fabrizio Peccerillo, invalido di guerra.

La Commissione giudicatrice collocò al primo posto in graduatoria i professori Santoro e Palma, che riportarono entrambi voti 30 su 30 ed al terzo posto il dott. Peccerillo con voti 23.

L'Ente comunale nominò dapprima il prof. Santoro, ma successivamente revocò la nomina, assegnando il posto al prof. Palma, il quale, essendo ammogliato, doveva essere preferito.

Contro la deliberazione delle suddette nomine, ricorse — assistito dall'avv. Della Morte — il dott. Peccerillo al Consiglio di Stato, sostenendo l'illegittimità dell'operato della Commissione giudicatrice, in quanto essendo egli invalido di guerra ed essendo riuscito idoneo al concorso, il posto di chirurgo avrebbe dovuto essergli assegnato.

E la V Sezione del Supremo Consesso amministrativo (Pres. Fagiolari, est. Severi), applicando la legge che riserva agli invalidi di guerra la metà dei posti iniziali di pubblici impiegati, ha stabilito che se nell'organico di un ospedale vi siano — come nel caso in esame — tre posti, uno di medico, uno di chirurgo ed uno di oculista, uno di questi debba essere riservato all'invalido di guerra risultato idoneo nel concorso, perchè i tre posti predetti si devono ritenere appartenenti ad un unico ruolo, per quanto in parte diversi siano i requisiti per esservi ammessi.

Il Tribunale di Verona ha giudicato un giovane studente, Giuseppe Minali fu Archidoro, di 25 anni, che era riuscito con un falso certificato di laurea a farsi assumere come medico condotto in Bolzano, nonchè come insegnante presso quella scuole tecnica industriale. Il Tribunale ha condannato il falso medico a tre anni e due mesi di reclusione e all'interdizione dai pubblici uffici per cinque anni.

Un po' dovunque.

La Società medico-chirurgica bellunese si è adunata l'1 febbraio e l'1 marzo, sotto la presidenza del prof. A. Ponzian. Sono state fatte comunicazioni: nella prima adunanza da A. Amadori, R. Broglio, M. Fedon, R. Bardani; nella seconda adunanza da Alberti (due comunicaz.), A. Ponzian, R. Broglio.

La Società di cultura medica cuneese si è adunata il 24 aprile, sotto la presidenza del prof.

Bonanno; sono state fatte comunicazioni da: Vannucci, Carusi, L. Sterchi, C. Re.

All'Istituto di Sanità pubblica in Roma il prof. Claus Schilling, direttore del Laboratorio per le malattie tropicali all'Istituto Robert Koch di Berlino, ha tenuto una lezione « Sull'immunizzazione contro la malaria »; le ricerche, iniziate nella Clinica psichiatrica di Siena sotto gli auspici dell'Istituto di Sanità pubblica, saranno proseguite in collaborazione dello stesso Istituto (Laboratorio di malariologia).

Il prof. Maurice Roch, clinico medico di Ginevra, ha tenuto alla Facoltà medica di Parigi due conferenze sui temi: « La febbre aftosa nell'uomo »; « Il collasso cardio-vascolare nelle malattie infettive e suo trattamento ».

Nell'imminenza della fine dell'anno scolastico, al prof. A. Gasbarrini, titolare della Clinica Medica dell'Università di Padova che presto lascerà per trasferirsi a quella di Bologna, gli studenti di medicina hanno espresso, con una semplice ma toccante cerimonia, il loro affetto e la loro devozione. Un'artistica pergamena, firmata dai laureandi, e fiori sono stati offerti al Maestro.

Nell'« Isola della Sanità », dello Stato di New York, verrà inaugurato, il 1° luglio l'« Ospedale delle malattie precoci », ossia delle malattie in stato iniziale. Comprenderà 1600 letti. È costato 8 milioni di dollari, pari a 160 milioni di lire it.

È stata inaugurata a Roma, in via Sistina, la nuova sede dell'Ufficio di assistenza sociale di fabbrica.

Nel primo quadrimestre di questo anno le prestazioni sono state 4.500 ed hanno dato luogo a 3.132 sopraluoghi delle assistenti sociali, alla distribuzione di 418 buoni alimentari, ed a numerosi ricoveri presso Istituti dell'I.N.F.P.S., ospedali, istituti di educazione ecc.

Il Ministro degli Affari Esteri ha nominato una commissione per i mezzi tecnici di diffusione della cultura italiana all'estero. La commissione ha tenuto una prima adunanza, con l'intervento del presidente e del direttore dell'I.R.C.E.

Promosso dall'Istituto Nazionale per le Relazioni culturali con l'Estero (I.R.C.E.), si è costituito in Roma l'« Ente Italiano per gli scambi tecnico-culturali con la Germania ». Il Consiglio dell'Ente è stato costituito da alte personalità.

In Roma all'Istituto « Carlo Forlanini » e all'Ospedale Provinciale di S. Maria della Pietà si è celebrata la festa del Corpus Domini; all'Ospedale di S. Spirito si è svolta una cerimonia religiosa per la benedizione dei malati.

Alcuni giornalisti francesi si recavano, in auto, da Marsiglia al lebbrosario di Valdonne, quando sono stati assaliti da una trentina di lebbrosi e malmenati, denudati costretti a ritornarsene avvolti in coperte prestate loro da alcuni contadini.

Una casa di pompe funebri di Bruxelles ha inviato ai medici della città una circolare in cui offre il 10 % sugli affari da essi procurati. Il Comitato direttivo del Collegio dei medici di Bruxelles ha protestato contro l'indegna iniziativa.

Il 26 maggio in età di 73 anni decedeva a Chicago il dott. CHARLES HORACE MAYO. Sul grande chirurgo riferiremo in un prossimo numero.

Registriamo la perdita di due illustri clinici medici francesi: MARCEL LABBÉ, della Facoltà medica di Parigi, noto per i suoi studi sulle malattie della nutrizione e in specie sul diabete e per quelli di ematologia; P. MERKLEN, della Facoltà medica di Strasburgo, ove era anche decano: ha compiuto apprezzate ricerche sulle malattie dei reni, del pancreas e in altri campi.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 26 Giugno 1939 - XVII — Num. 26

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL «POLICLINICO» PER IL 1939

Singoli:

	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:

	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE POLICLINICO UMBERTO I. - ROMA
8° PADIGLIONE
Primario Medico: Prof. AGOSTINO CARDUCCI

La lattogelificazione del siero (reaz. di Kopaczewsky) nelle affezioni neoplastiche e non neoplastiche.

Dott. MARIO RASTELLI, aiuto medico.

Con l'aggiunta di particolari sostanze il siero di sangue può, in tempo più o meno lungo, presentare il fenomeno della gelificazione, cioè rapprendersi in una massa dall'aspetto di gelatina aderente alla parete della provetta in cui è contenuto, tanto da mantenersi attaccato anche quando questa venga rovesciata. A volte basta la semplice azione del calore per far prendere al siero un aspetto gelatinoso senza però provocarne la gelificazione nel senso detto. Fin dal 1911 Kopaczewsky osservò che l'aggiunta di solfato di rame al siero dava luogo ad un precipitato vischioso. Nel 1916 Mac Donald fece una simile constatazione impiegando sali di torio ed acido lattico. Nel 1917 Bruck arrivò a risultati analoghi usando successivamente l'acido azotico, l'acido lattico e l'alcool etilico. Nel 1926 Vernes e Bricq segnalarono la comparsa di precipitato gelatinoso nel siero in seguito all'aggiunta di sali di ferro. In nessuno di questi casi però si arrivò ad una vera gelificazione, ma soltanto ad una precipitazione di sostanze gelatinose. Papacostas nel 1920 avrebbe prodotto una gelificazione del siero adoperando il formolo del commercio, ma le esperienze ripetute da Ecker nel 1921 sia col formolo puro che con quello del commercio contenente alcool metilico non ne confermarono i risultati.

Solo Kopaczewsky nel 1934 è riuscito a gelificare il siero in una maniera perfetta adoperando dosi appropriate di acido lattico. Quanto ad altri acidi organici, egli ha notato che effettivamente anche l'acido acetico glaciale e l'acido formico particolarmente possono pro-

durre una gelificazione, ma con molto maggiore lentezza.

Le principali caratteristiche della gelificazione del siero mediante acido lattico, stabilite dallo stesso A. della reazione, sono:

1) il gel che si ottiene è perfettamente trasparente;

2) il tempo di gelificazione dipende da diversi fattori: è più rapido con l'aumentare della temperatura, coll'aumentare della concentrazione dell'acido lattico, con l'irradiazione röntgen e attinica, con l'introduzione nella miscela siero-acido lattico di sostanze che abbassano la tensione superficiale o aumentano la viscosità (polvere di carbone, licopodio) con la presenza nel siero di globuli rossi emolizzati (la presenza di pochi globuli rossi in sospensione invece è senza importanza); è meno rapido con l'aggiunta di acqua sia al siero che all'acido lattico; il senso di addizione ha pure importanza, poichè addizionando il siero all'acido lattico la reazione è più rapida che se si opera in senso inverso;

3) la gelificazione è reversibile: l'agitazione e la dialisi liquefanno il gel formatosi e questo gel si forma di nuovo sia col riposo (nel primo caso) che con nuova aggiunta di acido lattico (nel secondo caso);

4) la gelificazione del siero è dovuta specialmente alla sua ricchezza in globuline e al conseguente abbassamento della sua tensione superficiale: molta importanza ha anche la concentrazione dell'acido lattico nel sangue.

Teoricamente si può dire, secondo Kopaczewsky, che la gelificazione avviene più rapidamente in tutti quei casi in cui si ha aumento di globuline nel siero, abbassamento della sua tensione superficiale e aumento del contenuto in acido lattico; tutte condizioni che si verificano nelle neoplasie. Indotto appunto da queste considerazioni ad occuparsi della lattogelificazione del siero nei casi di neoplasia, Kopaczewsky ha nel 1934 affermato che la sua reazione è positiva nel 90 % dei casi di neoplasie sia maligne che benigne e che essa è un indice precoce molto netto di ogni processo di neoformazione senza asserire però che la reazione stessa sia specifica, « potendo essere positiva anche in altre malattie specialmente nella tubercolosi, nella cirrosi epatica, nei casi di ittero e forse anche nella sifilide ».

Per positività della reazione egli intende una diminuzione del tempo di gelificazione in rapporto al tempo di gelificazione normale e chiama questo rapporto col nome di « indice di neoformazione »; per es. considerando come tempo medio di gelificazione normale (alla temperatura di 20°) 150 minuti primi, per un siero che gelifichi in 50' l'indice di neoformazione è 150/50 vale a dire 3; per un siero che gelifichi in 15' l'indice di neoformazione è 10.

La tecnica della reazione è la seguente: « s'introducono in una provetta 2 cc. di siero, si aggiungono 0,2 cc. di acido lattico puro racemico e si mescola dolcemente. Inclinando leggermente la provetta si constata ad un certo punto che si arriva a rovesciarla senza che il contenuto ne esca o scoli sulle pareti: si calcola a questo punto il tempo di gelificazione. Il siero deve essere fresco, perfettamente trasparente, prelevato a digiuno alimentare e medicamentoso, il dosaggio dell'acido lattico preciso, l'omogeneità della miscela perfetta, la temperatura costante. Le prove di rovesciamento della provetta non devono essere troppo frequenti per evitare il fenomeno della liquefazione per agitazione meccanica ».

Dopo la pubblicazione dei lavori di Kopaczewsky, si sono occupati della relazione specialmente AA. francesi e italiani.

Ne hanno confermato il valore pratico e si sono pronunciati per un'utile applicazione di essa Nattan Larrier, Grimaud Richard, Lagrande, Marchese, Merlino, Cappon, Ornstein, Polichetti, Santyago y Velasco Suello, che hanno riscontrato alte percentuali di positività nel cancro (circa 85 %).

A risultati contrari sono giunti Gillier, Guy, Roussy, Tantini, Toro, Canale, Chiucini, Massobrio e Giacchero o per non aver riscontrato differenze tra cancro e altre malattie o per avere trovato la reazione positiva nelle neoplasie in percentuale poco alta.

Ho voluto anch'io studiare il comportamento della reazione di Kopaczewsky, in diverse malattie; mi sono attenuto strettamente alla tecnica descritta dall'A.; ho usato acido lattico puro racemico C. Erba di densità 1,21 ed ho compiuto le osservazioni a temperatura ambiente, dai 15° ai 20°.

Di 80 casi presi in esame, 16 riguardano neoplasie maligne, 3 neoplasie benigne, e i rimanenti casi malattie varie.

Così come hanno fatto Guy e altri, non ho calcolato l'indice di neoformazione, per l'impossibilità di stabilire un tempo medio normale. Il tempo di 150' dato da Kopaczewsky come tempo medio di lattogelificazione dei soggetti normali non può essere considerato tale neanche con approssimazione. Mi sono attenuto invece al criterio, seguito anche dallo stesso Kopaczewsky, di considerare, agli effetti pratici e come base per la discussione, positiva la reazione quando avviene in un tempo infe-

TABELLA I.

	Nome	Età	DIAGNOSI	Azotemia ‰	Glicemia ‰	Feb.	t. gel.
1	A. A.	27	Nevralgia sciatica S.	0,49	1,10	—	130′
2	V. T.	20	Appendicectomia pregressa	0,26	1,09	—	145′
3	N. D.	60	Stenosi esofagea da neoplasma, con metastasi ganglionari	0,32	1,25	—	16′
4	N. N.	50	Cancro dello stomaco			—	90′
5	R. G.	58	Cancro dello stomaco (autopsia)	0,26	1,25	—	69′
6	P. A.	76	Cancro della piccola curvatura dello stomaco	0,28	1,56	—	35′
7	G. R.	55	Cancro della piccola curvatura dello stomaco	0,31	1,43	—	30′
8	F. L.	66	Cancro dello stomaco	0,71	1,00	—	60′
9	G. F.	54	Cancro del polmone (autopsia)			+	45′
10	A. A.	68	Cancro primitivo nodulare del fegato (autopsia)			—	7′
11	G. S.	52	Ipernefroma S. (autopsia)	0,59	1,19	—	2′
12	P. L.	76	Cancro della testa del pancreas	0,40	1,09	—	105′
13	A. C.	53	Cancro dell'utero inoperabile	0,52	1,15	—	7′
14	G. V.	69	Cancro dell'utero con diffusione in vagina			—	45′
15	G. M.	44	Cancro dell'utero operato con isterectomia subtotale. Recidiva. Fistola retto-vaginale			—	150′
16	C. M.	78	Cancro dell'utero con metastasi e diffusione alla vagina. Arterio-sclerosi diffusa. Insufficienza cardiaca (autopsia)	0,56	1,41	—	50′
17	M. M.	46	Cancro della mammella operato. Recidiva. Metastasi			—	7′
18	S. A.	52	Neoplasma maligno del condotto uditivo esterno.			—	18′
19	F. E.	58	Cisti ovarica suppurata (conferma operatoria)			+	21′
20	L. G.	60	Adenoma prostatico			—	61′
21	D M. M.	43	Lues (R. W. +). Diabete. Ipertensione. Fibroma uterino	0,36	3,26	—	21′
22	B. C.	60	Linfogranulomatosi addominale	0,27	1,15	+	7′
23	G. C.	56	Linfogranulomatosi specie inguinale	0,39	1,12	+	15′
24	M. M.	13	Broncoalveolite bilaterale (Koch +)	0,37	1,63	+	15′
25	R. M.	23	Broncopolmonite diffusa con escavazioni apicali (Koch +)	0,33	1,07	+	7′
26	M. Z.	28	Broncoalveolite apicale S. (Koch +)	0,41	1'05	+	7′
27	B. E.	39	Broncoalveolite apicale D. (Koch +)			+	3′
28	R. M.	20	Alveolite apicale S. Peritonite tbc. Diffusione miliarica (autopsia)	0,48	2,00	+	21′
29	F. G.	18	Postumi pleurite S. con retrazione dell'emitorace S. Infiltrazione pneumonica lobo sup. e parte sup. lobo inf. S. Broncoalveolite diffusa (Koch +) (autopsia)			+	10′
30	N. R.	33	Broncopolmonite D. diffusa (Koch +)			+	83′
31	F. G.	17	Coxite D. tbc.			+	45″

	Nome	Età	DIAGNOSI	Azotemia ‰	Glicemia ‰	Feb.	t. gel.
32	B. Z.	30	Peritonite tbc. ulcero-caseosa. Pleurite essudativa S.	0,41	1,36	+	20′
33	S. S.	13	Polmonite lobo inf. S.	0,78	+	+	11′
34	S. T.	49	Polmonite lobo sup. S.	1,05	1,56	+	25′
35	S. L.	13	Polmonite lobo inf. S.	0,90	1,09	+	7′
36	P. M.	36	Polmonite lobo inf. S.	0,74		+	90′
37	F. N.	65	Polmonite lobo inf. D.	0,90	1,35	+	34′
38	V. R.	85	Polmonite lobo sup. S.	0,62	1,81	+	16′
39	P. A.	39	Polmonite lobo inf. S.	1,12	1,40	+	38′
40	R. C.	62	Lesione combinata e composta della mitrale e dell'aorta da endocardite reumatica pregressa.	0,32	1,09	—	35′
41	P. L.	53	Insufficienza aortica da endocardite reumatica. Infarti polmonari multipli	0,27	1,15	—	55′
42	C. T.	44	Stenosi mitralica. Insuffic. cardiaca. Anasarca.	0,45	1,15	—	240′
43	B. F.	46	Insufficienza aortica. Pericardite	0,44	1,42	—	90′
44	A. A.	27	Endocardite cronica ricorrente da streptococco. Lesione composta della mitrale	0,26	1,25	+	92′
45	M. E.	37	Vizio mitralico, prevalente stenosi, da endocardite reumatica pregressa	0,18	0,92	—	120′
46	B. M.	59	Lues (R. W. +) aortite. Insufficienza aortica. Insufficienza cardiaca	0,40	1,41	—	90′
47	M. G.	73	Insufficenza cardiaca. Epatite cronica. Ascite	0,39	1,66	—	23′
48	V. C.	40	Cirrosi epatica	0,41	1,37	—	82′
49	T. T.	40	Insufficenza mitralica e aortica. Epatite cronica. Ascite (autopsia)	0,37	1,02	—	45′
50	T. T.	34	Cirrosi epatica. Ittero. Pelviperitonite streptococcica da prolasso uterino infetto (autopsia).	0,79	1,42	+	2′
51	C. I.	24	Colecistite. Pleurite diaframmatica	0,23	1,04	+	41′
52	B. E.	33	Ascesso del fegato	0,36	1,11	+	20′
53	C. A.	35	Bronchiettasie con formazioni ascessuali. Empiema (autopsia)			+	2′
54	L. A.	25	Bronchite diffusa. Broncopolmonite			+	40′
55	R. R.		Cortico pleurite D.			+	105′
56	A. T.	48	Bronchiettasie. Nefrite cronica. Insufficenza cardiaca	4,65	1,66	—	115′
57	P. V.	28	Pleurite essudativa S.	0,45	1,05	+	7′
58	A. Z.	37	Nefrite cronica. Insuffic. cardiaca (autopsia)	3,40	2,00	—	180′
59	M. C.	42	Glomerulo-nefrite acuta	0,32	1,07	+	55′
60	S. M.	44	Glomerulo-nefrite diffusa di origine tonsillare.	0,32	1,47	—	115′
61	V. A.	22	Paranefrite	0,26	1,11	+	14′
62	C F.	32	Ascesso subfrenico con pleurite secondaria			+	23′

	Nome	Età	DIAGNOSI	Azotemia ‰	Glicemia ‰	Feb.	t. gel.
63	C. B.	12	Ittero da ritenzione	0,48	0,83	—	6′
64	R. G.	25	Colite spastica	0,37	1,42	—	90′
65	R. M.	71	Diabete. Ipertensione. Spondiloartrosi	0,29	3,33	—	ass.
66	B. A.	66	Diabete. Piaga da varici infetta della gamba D. Linfoadenite inguinale	1,27	4,00	+	8′
67	C. B.	22	Adenite ilare	0,48	1,42	—	140′
68	S F.	43	Uricemia. Artrite collo piede S.	0,33	1,07	—	ass.
69	V. L.	42	Porpora reumatica	0,52	1,53	+	25′
70	M. A.	35	Osteomalacia	0,39	1,09	—	225′
71	A. B.	26	Angina flemmonosa bilaterale			+	18′
72	D. S.	31	Stafilococcemia con ascessi multipli. Ascesso polmonare	0,45	1,33	+	5′
73	P. A.	24	Anchilostomiasi	0,34	1,15	—	19′
74	C. E.	44	Paralisi progressiva			—	44′
75	T. A.	61	Emiparesi per rammollimento cerebrale da arteriosclerosi	0,74	1,07	—	75′
76	V. A.	36	Ulcera duodenale			—	ass.
77	C. A	24	Gastroenterostomia pregressa per ulcera gastroduodenale. Ulcera dello stoma	0,33	1,72	—	ass.
78	N. A.	40	Gastroenterostomia pregressa per ulcera. Colite cronica. Anemia secondaria	0,37	1,41	—	38′
79	M. A.	23	Artrite gonococcica			+	11′
80	M. A.	23	Endometrite. Uretrite. Cistite	0,42	1,11	+	10′

TABELLA II.

DIAGNOSI	Casi	RISULTATI		t. gel. estremi	T. medi
		pos.	neg.		
Cancro dello stomaco	5	3	2	40′ - 90′	62′
Cancro dell'esofago	1	1	—		16′
Cancro del polmone	1	1	—		45′
Cancro del fegato	1	1	—		7′
Cancro del rene	1	1	—		2′
Cancro della testa del pancreas	1	—	1		105′
Cancro dell'utero	4	3	1	7′ - 50′	63′
Cancro della mammella	1	1	—		7′
Cancro del condotto uditivo	1	1	—		18′
Neoplasie maligne	16	12	4	45″–105″	45′

Tabella III.

DIAGNOSI	Casi	RISULTATI		t. gel. estremi	T. medi
		pos.	neg.		
Fibroma dell'utero	1	1	—		21'
Cisti ovarica	1	1	—		21'
Adenoma prostatico	1	—	1		61'
Neoplasie benigne	3	2	1	21'-61'	34' 30"

Tabella IV.

DIAGNOSI	Casi	RISULTATI		t. gel. estremi	T. medi
		pos.	neg.		
Linfogranulomatosi	2	2	—	7'-15'	11'
Tubercolosi polmonare	7	6	1	3'-83'	21'
Coxite tubercolare	1	1	—		45"
Peritonite tubercolare	1	1	—		20'
	9	8	1		19'
Cardiopatie	8	3	5	23'-240'	93'
Polmoniti	7	6	1	7'-90'	31'
Epatite cronica	4	3	1	2'-82'	38'
Ittero	2	2	—	2'-6'	4'
Nefrite acuta	2	1	1	55'-115'	80'
Nefrite cronica	2	—	2	115'-180'	147'
Ulcera gastro-duodenale	2	—	2	assenza di gelificazione	
Infezione gonococcica	2	2	—	10'-11'	10' 30"

Tabella V.

Affezioni non neoplastiche con	Casi	RISULTATI		t. gel. estremi	T. medi
		pos.	neg.		
Temperatura febbrile	35	31	4	45"-105	26'
Temperatura afebbrile	26	8	18	6'-ass.	117'

riore a 60', negativa la reazione quando avviene con un tempo superiore a 60'.

Considerando i valori dell'azotemia e della glicemia si osserva che nessun rapporto si può stabilire tra questi valori e quelli dei tempi di gelificazione.

Nelle tabelle sono riportati i casi appartenenti allo stesso gruppo di malattie, distinguendo le reazioni positive e negative col criterio detto di considerare il tempo di 60' come tempo limite di positività.

I 5 cancri dello stomaco hanno dato risposta positiva in 3 casi, negativa in 2; la gelificazione più pronta si è avuta in un caso in 30' la più tardiva in uno in 90'; il tempo medio stabilito fra tutti e cinque è di 62'.

I 16 tumori maligni complessivamente hanno dato 12 reazioni positive e 4 negative, quindi il 75 % di positività. La reazione più pronta si è avuta in un caso di tumore del polmone in cui il siero ha gelificato in 45''. La reazione più tardiva si è avuta invece in un caso di tumore della testa del pancreas con 105'. Il tempo medio è risultato di 45', tempo che si trova entro il limite della positività.

Per le neoplasie benigne, di cui ho potuto raccogliere solo 3 casi, 2 sono risultati positivi (66 % di positività).

Ed ecco il comportamento della reazione nelle altre malattie:

Risulta che due casi di linfogranulomatosi sono stati entrambi positivi, con tempi di gelificazione molto rapidi (7' e 15') che 7 casi di tbc. polmonare hanno dato 6 reazioni positive e che i 9 casi complessivi di tbc. hanno dato 8 reazioni positive (quindi circa il 90 % di positività) con un tempo medio di 19'.

Le diverse cardiopatie hanno dato invece 5 risultati negativi su 8 con un tempo medio di 93'.

Gelificazioni rapide si sono osservate in casi di polmonite di ittero e di infezione gonococcica mentre in due casi di ulcera duodenale si è osservato completa assenza di gelificazione.

Si deve perciò concludere per la nessuna specificità della reazione.

Ammettendo anche con Kopaczewsky, che essa sia positiva nel 90 % dei casi di neoplasia, il fatto che non sia specifica la rende quasi inutilizzabile ai fini della diagnostica ed il suo stesso Autore. Infatti dice testualmente così: « Effectivement, la gélification par l'acide lactique est accélerée aussi bien dans les cirrhoses et les ictères, que dans la tuberculose » e aggiunge « mais elle l'est à peine dans la syphilis ».

Un fatto però degno di essere notato è che la reazione, all'infuori delle neoplasie, è positiva con alta percentualità in tutte quelle malattie che si accompagnano a stato febbrile; ho infatti osservato forte positività della reazione nella polmonite e in altri casi in cui esisteva febbre (artrite gonococcica, angina flemmonosa, stafilococcemia, paranefrite, ecc.).

Escludendo le neoplasie benigne e maligne, per i rimanenti casi risulta (tab. V).

Si nota una forte positività (88 %) per le più svariate malattie decorrenti con temperatura febbrile e una scarsa positività (30 %) invece per le malattie decorrenti con temperatura afebbrile.

Ogni malattia può evidentemente, sia portando a uno stato di cachessia (cancro, tubercolosi, cirrosi epatica) sia determinando un brusco squilibrio dell'organismo (affezioni acute febbrili) causare variazioni tali nell'intima struttura chimica e nelle proprietà fisico chimiche del sangue da turbare la reazione di gelificazione del siero in presenza di acido lattico, nel senso di farla avvenire con maggiore rapidità.

Conclusioni.

1) La reazione di Kopaczewsky pure apparendo positiva con alta percentualità nelle affezioni neoplastiche sia maligne che benigne, non ne rappresenta un carattere distintivo specifico.

2) La reazione è inoltre positiva con alta percentualità non solo nella tubercolosi, nelle cirrosi epatiche, e nell'ittero, ma anche nella polmonite e in tutte le affezioni decorrenti con temperatura febbrile.

3) Il grado di positività della reazione non è in rapporto con l'azotemia nè con la glicemia.

4) La reazione può essere positiva nettamente anche in affezioni non neoplastiche nè febbrili, ma che si accompagnino a deperimento organico, anemia, stato cachettico.

5) Il suo valore diagnostico pertanto è molto scarso.

RIASSUNTO.

L'A., eseguita la reazione di Kopaczewsky in 80 soggetti con affezioni neoplastiche e non neoplastiche, ha osservato: 75 % di positività in 16 casi di neoplasie maligne, 66 % in 3 casi di neoplasie benigne, 90 % in 7 casi di tbc. polmonare, 90 % in 7 casi di polmonite; analoga forte positività in casi di ittero e di epatite cronica. Inoltre ha notato, tra le affezioni non neoplastiche, una forte positività nelle malattie a decorso febbrile (88 % su 35 casi) e una scarsa positività nelle malattie a decorso non febbrile (30 % su 26 casi). Ritiene che il valore diagnostico della reazione sia molto scarso.

BIBLIOGRAFIA.

1) Anardi T. *Valutazione della lattogelificazione del siero.* (Reaz. di Kopaczeswky). Tumori, 12, 120, 1938.

2) Basmavo I. G. e Butter R. *La réaccion de Kopaczewsky.* Boll. Liga contra el Cancer, 11, 259, 1936.

3) Bourgin P. *Note sur la réaction de Kopaczewsky.* Bull. Soc. Med. de l'Indochine, 4, 368, 1935.

4) Id. *Influence de la température sur la réaction de Kopaczewsky.* Bull. Soc. Méd.-Chir. de l'Indochine, n. 6, 1935.

5) Canale P. *Sopra una nuova reazione per la*

sierodiagnosi dei tumori (la sierogelificazione dell'ac. lattico). Riv. Clin. Med., 21-22, 818, 1935.

6) CAPPON L. *La lacto-gélification du serum sanguin comme indice de néoformation. Réaction de Kopaczewsky*. Soc. de Biol., n. 30, 1935.

7) CHIUCINI. *Risultati sulla lattogelificazione dei sieri secondo Kopaczewsky*. Boll. Lega Ital. lotta contro i tumori, n. 2, 49, 1937.

8) COSTADONI A. *Ricerche sulla lattogelificazione dei sieri*. Diagn. e Tecn. di Lab., n. 7, 481, 1936.

9) GILLIER R. *Lacto-gélification des serums: non specificité cancereuse*. C. R. di Soc. Biol., n. 13, 1935.

10) GUY A. *A propos de la réaction de Kopaczewsky*. Bull. Ass. Franç. pr. l'étude du Cancer, n. 4, 1935.

11) HINGLAIS H. e M., LEGRAND G. *Étude de la Lactogélification sérique chez les sujets normaux et cancéreux, chez la femme enceinte et dans le sang du cordon. Remarques sur la valeur pratique de cette réaction pour le diagnostic des états cancéreux*. Bruxelles-Méd., n. 46, 1261, 1935.

12) KOPACZEWSKY W. *La gélification du sérum par indice de néoformation*. C. R. de l'Ac. des Sciences, 1° sem., 127, 1934.

13) ID. *Lacto gélification du sérum normal*. C. R. de l'Ac. de Biol., n. 24, 1934.

14) ID. *Rôle des facteurs physiques dans la lactogélification du sérum*. C. R. de l'Ac. des Sciences, 1° sem., 1947, 1934.

15) ID. *Lacto-gélification sérique considérée comindice de neoformation*. C. R. de l'Ac. des Sciences, 2° sem., 324, 1934.

16) ID. *Lacto-gélification sérique considérée comme indice de néoformation*. Gaz. d. Hôp., n. 63, 1934.

17) ID. *Gélification des protides par les acides*. Presse Méd., n. 17, 326, 1935.

18) ID. *La réaction de lacto-gélification sérique dans le cancer. Bases expérimentales. Technique d'exécution*. Bull. Soc. Pharm., mars, 1935.

19) ID. *Réponse à la communication de M. Guy au sujet de la réaction de lacto-gélification*. Bull. Ass. Franç. pr. l'étude du cancer, n. 6, 1935.

20) ID. *Lacto-gélification sérique, dans les états hépatiques*. Rev. Méd. Chir. des mal. du foie, juil-août, 1936.

21) ID. *Ricerche di controllo alla lattogelificazione dei sieri*. (Risposta a Tantini). Tumori, 10, 537, 1936.

22) KOPACZEWSKY W., D'ARSONVAL. *Gélification sérique par les agents cancérigènes*. Press. Méd., 34, 686, 1935.

23) LOTTI G. *Significato e valore delle reazioni proposte per la sierodiagnosi dei tumori*. Baglivi, 1-2, 37, 1938.

24) MARCHESE. Folia Gynaecol., n. 32, 1935.

25) MASSOBRIO E. e GIACCHERO R. *Valore clinico della reazione di Kopaczewsky*. Arch. p. le Sc. Méd., 65, 25, 1938.

26) NATTAN-LARRIER, GRIMAUD-RICHARD. Ct. R. Soc. de Biol., 116, 920, 1934.

27) POLICHETTI E. Gazz. Intern. Med. e Chir., 44, 839, 1936.

28) RONDONI. *Nota critica alla risposta di Kopaczewsky a Tantini*. Tumori, n. 6, 1937.

29) ROUSSY. *A propos de la réaction de Kopaczewsky*. Bull. du Cancer, n. 4, 1935.

30) SANTYAGO y VELASCO SUELLO. Gazz. Intern. Med. e Chir., 46, 238, 1936.

31) TANTINI. *Ricerche di controllo alla reaz. di lattogelificazione dei sieri sec. Kopaczewsky*. Tumori, n. 10, 1936.

32) TORO M. *La reazione di Kopaczewsky per la diagnosi dei tumori*. Diag. e Tec. di Lab., 7, 503, 1935.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Sindrome adiposo-genitale di Fröhlich consecutiva a raschiamento del cavo naso faringeo per vegetazioni adenoidi.

Dott. FILIPPO REPACI, medico condotto.

La funzione endocrina dell'ipofisi faringea è in generale negata e poco discussa.

Nel recente Compendio di Endocrinologia di Porzio (Vol. 1°, Ipofisi) leggiamo che sin'ora nessun fatto ci autorizza a ritenere che quest'organo abbia una funzione endocrina. Nella Patologia generale del Lustig è appena menzionata l'esistenza di detto organo. Il Testut, che vogliamo citare sebbene sia un anatomico il quale per giunta scrive in un' epoca non troppo recente, asserisce invece che non esiste alcun dubbio sul significato dell'ipofisi faringea di struttura identica alla cerebrale, con la stessa funzione e capace di esplicare un'attività sussidiaria e supplenze funzionali.

Il Citelli sostiene l' identità morfologica e funzionale tra le due ipofisi. Il Pende la nega basandosi nella rarità di cellule basofile ed acidofile e per altri caratteri strutturali che dimostrano che l'ipofisi faringea non subisce la differenziazione morfologica della cerebrale, essa non reagisce ai mutamenti dell'organismo ed in caso di alterazione della cerebrale non acquista l'ipertrofia vicaria. Il Lunghetti (citato dal Pende) avrebbe però riscontrato nella faringea una funzione vicaria in un caso di grave atrofia della cerebrale

Il caso che credo utile di rendere noto sembrerebbe dimostrare che l'ipofisi faringea sia una vera glandola a secrezione interna che può supplire funzionalmente *almeno all'epoca dell'infanzia* la ipofisi cerebrale quando questa sia insufficiente per ipoplasia congenita.

Si tratta di un ragazzo di anni 13 il quale sino all'età di anni 10 era mingheirlino, pallido e di una magrezza notevole e tale deficienza di nutrizione era attribuita alla esistenza di vegetazioni adenoidi nel rino-faringe.

In tali condizioni egli viene operato di adenoidectomia mediante un generoso raschiamento del cavo naso faringeo. Con la rapidità di un esperimento, a distanza di pochissimi giorni dall'atto operativo, si manifesta l'adiposità caratteristica ed armonica alle mammelle, alle natiche, cosce, pube, addome trasformando completamente i caratteri morfologici del soggetto. In seguito si arresta lo sviluppo dei genitali esterni e si avvera una diminuzione delle facoltà intellettuali.

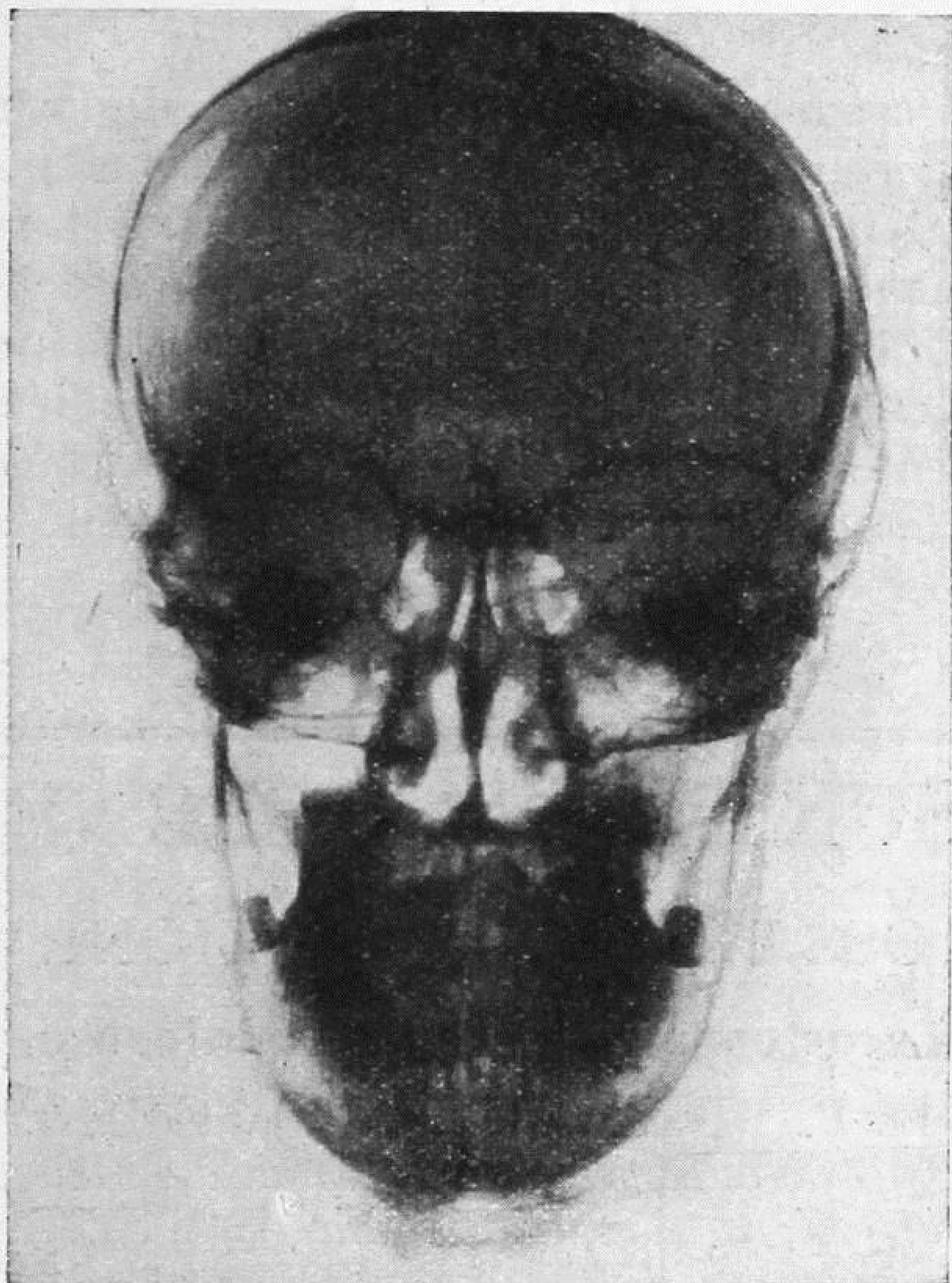


Fig. 1.

All'esame obbiettivo troviamo tutti i sintomi caratteristici del Fröhlich. La statura è alta misurando essa cm. 156, peso Kg. 60. Nessun indizio di crisi puberale incipiente od avvenuta. Non si nota disarmonia tra le diverse parti del corpo, il grasso è disposto a tipo femmineo, gli organi genitali piccoli quasi sepolti nel grasso, nessun indizio di peli al pube ed alle ascelle.

Non esistono disturbi generali, nè si riscontrano componenti anormali nelle urine che vengono emesse regolarmente senza poliuria.

L'esame radiografico, come è facile rilevare dalle radiografie riportate dimostra la esistenza di una sella piccolossima nella quale sembrano saldate le apofisi clinoidee.

La rapidità di insorgenza delle alterazioni somatiche che si istituiscono immediatamente dopo l'atto operativo può farci supporre che esse siano state apportate dall'asportazione della glandola faringea unitamente alle vegetazioni adenoidi in soggetto con ipoplasia congenita dell'ipofisi cerebrale?

È noto che nel morbo di Fröhlich è abituale la rapidità dello instituirsi della sindrome adiposo genitale però quando esso è consecutivo ai comuni momenti eziologici quali tumori, sinusite, meningite, encefalite, traumi, ecc.

Nell'ipoplasia congenita della glandola cerebrale (eziologia certamente non frequente) la insufficiente produzione degli ormoni non si determina in modo acuto come avviene per alterazioni morbose acute.

Nell'ipoplasia congenita dell'ipofisi cerebrale si manifestano già nella prima infanzia i segni caratteristici del temperamento ipopi-

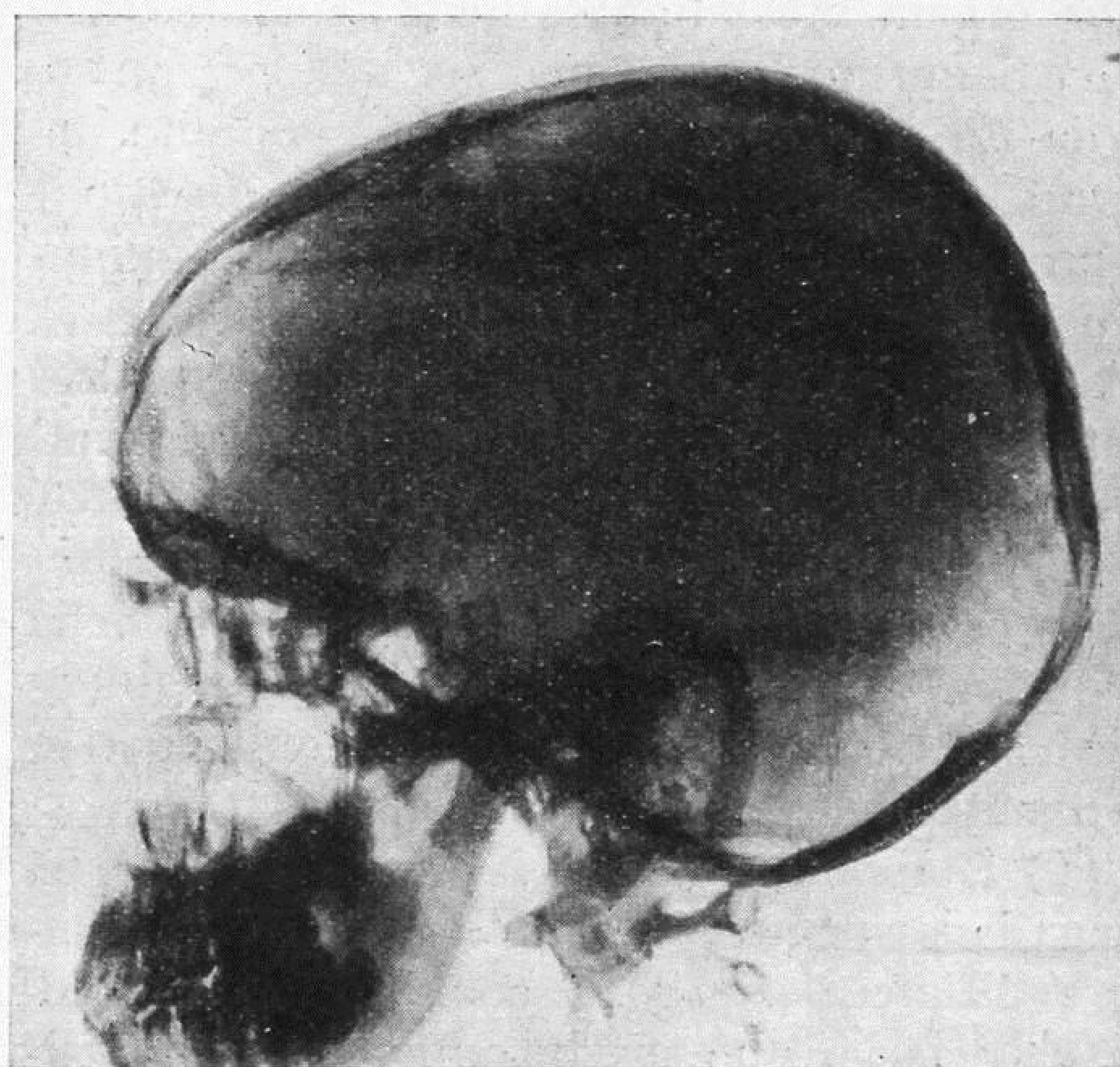


Fig. 2.

tuitarico individuati dal Pende (V. Crescenza ed Ortogenesi).

Di questi segni nel nostro caso non preesistevano alla malattia che le sole vegetazioni adenoidi sulla cui eziologia del resto non si sa nulla di preciso se siano da riferirsi a deficienza ormonica oppure siano causate da uno stato generale deficiente o da un particolare temperamento linfatico (Ferreri. Trattato di Chirurgia dell'Alessandri, vol. II, p. I).

Sappiamo che i primi sintomi del Fröhlich, quando esso ha origine costituzionale, cominciano talora a rivelarsi sin dalla nascita col criptoorchidismo ed abitualmente dopo il 4° anno.

Nel nostro caso sin al 10° anno non esisteva altro che una deficiente nutrizione pur essendo normale l'accrescimento scheletrico e lo sviluppo delle facoltà mentali. È evidente che la deficienza di produzione ormonica, dipendente da ipoplasia congenita del lobo anterio

*

re ipofisario, si debba già manifestare precocemente causando la forma infantile della malattia.

Si potrebbe obbiettare ancora che in tutti i casi di malattia di Fröhlich dovrebbe coesistere una corrispondente insufficienza funzionale della ipofisi faringea.

Non esistendo alcun metodo di indagine nè clinico, nè radiologico non possiamo negare una coesistente insufficienza della ipofisi faringea e, data la frequente coesistenza di vegetazioni adenoidi, possiamo anche pensare che esse inducono disturbi di circolo tali da alterare la nutrizione della ipofisi faringea oppure processi infiammatorii propagati per vicinanza dati gli intimi rapporti anatomici fra i due organi specialmente nella fanciullezza.

Crediamo anche noi che sia una presunzione da un solo caso, il quale può soltanto apportare un modesto contributo alla questione o spronare ad ulteriori studii e ricerche, giungere a conclusioni arrischiate.

A prescindere da qualche pratica applicazione, si potrebbero trarre da esso le seguenti deduzioni:

1) La ipofisi faringea è un organo ghiandolare capace di supplire funzionalmente nella produzione di alcuni ormoni la omologa ghiandola cerebrale per il cui pluriormonismo essa è ritenuta un cervello endocrino.

2) È appunto questo pluriormonismo che spiega la struttura più complessa e la sua maggiore differenziazione in confronto delle ipofisi accessorie, che producono un numero limitato di ormoni.

3) L'i. faringea elabora gli ormoni sessuali ed i gonadotropi determinanti la crisi puberale.

4) Il notevole sviluppo organico del soggetto in esame si spiega con l'antagonismo fra ormoni dell'accrescimento ed ormoni gonadotropi (V. Midulla. La crisi puberale) potendo i primi essere elaborati nella ipofisi cerebrale sebbene ipoplasica.

5) Nella ghiandola faringea oltre agli ormoni sessuali è prodotto quello che agisce nella combustione degli alimenti determinando l'obesità nei casi di insufficienza sia che esso agisca direttamente sul ricambio o sui centri nervosi dell'ipotalamo secondo la ipotesi neuro-ghiandolare del Pende.

6) Sarebbero infine infondate le teorie contrarie sistematicamente all'ipopituitarismo nella sindrome di Fröhlich (t. di Erdheim) le quali sostengono che l'adiposità e l'atrofia genitali dipendono sempre da alterazioni dei centri trofici encefalici.

7) Infine la conclusione pratica che conta di più e che ad ogni buon conto, anche dando poca importanza al caso da me esposto, dovrebbe essere tenuta in considerazione sarebbe l'accorgimento di far precedere alla cura chirurgica delle vegetazioni adenoidi gli accertamenti radiografici diretti ad assodare lo stato dell'ipofisi cerebrale giacchè come insegna il nostro Maestro dall'esame radiostereodiagnostico della sella possiamo dedurre lo stato dell'organo in essa contenuto.

RIASSUNTO.

Si espone un caso che sembra dimostrare l'importanza della ipofisi faringea nella elaborazione di alcuni ormoni, supplenti funzionalmente la deficienza di quelli prodotti dalla cerebrale e si arriva alla conclusione di indole eminentemente pratica di verificare radiologicamente lo stato della sella turcica prima di curare chirurgicamente le vegetazioni adenoidi.

Sinopoli, 6 marzo 1939-XVII.

SUNTI E RASSEGNE

OSSA E ARTICOLAZIONI.

Le osteoporosi rachidee dolorose.

(PIERRE P. RAVAULT, JACQUE GRABER-DEVERNAY e GUSTAVE LÉGER. *Le journal de Médecine de Lyon*, n. 458, 4 febbraio 1939).

Una curiosa sindrome, caratterizzata anatomicamente da una decalcificazione dei corpi vertebrali, capace di portare a delle grandi modificazioni morfologiche del rachide, ha attirata da tempo l'attenzione di molti autori; vi è però fra di loro indecisione sulla denominazione: alcuni parlano di osteoporosi, altri di osteomalacia, o di ipocalcia vertebrale (Decourt) alcuni si attengono al termine di osteopatia. Gli AA. ammettono, con Decourt, che questi casi di osteoporosi dolorose vertebrali debbano essere considerati come delle forme localizzate di osteomalacia; impiegano quindi indifferentemente i due termini di osteoporosi o di osteomalacia.

Gli AA. riferiscono su otto casi da loro studiati e ne tracciano uno studio d'insieme. Tra le *manifestazioni subiettive* della malattia il segno capitale è il dolore, con sede elettiva nella regione dorsale, lombare o lombo-sacrale, irradiantesi nelle coscie e le anche; a volte si hanno dolori a tipo radicolare: dolori lancinanti, nevralgie a carico il più frequentemente del plesso lombare.

Questi dolori si installano generalmente in maniera insidiosa, ma a volte possono anche

insorgere bruscamente. Altro segno è l'impotenza funzionale (diminuzione della forza dei muscoli del tronco e della cintura pelvica) e un certo grado di contrazione riflessa delle masse muscolari.

La *semiologia obiettiva* è frusta: il dolore è un sintomo non sempre costante; altro sintomo può essere la contrazione riflessa dei muscoli che porta ad una rigidità più o meno estesa del rachide; si osservano inoltre: deformazioni d'insieme della colonna, fra le quali la più frequente è una cifosi a grandi raggi interessante la colonna dorsale e accompagnata o no da una lordosi lombare; a volte è la curva normale lombare che tende a sparire, a volte ancora è un affondamento di uno o più corpi vertebrali della colonna dorsale o della lombare che portano ad una diminuzione dell'altezza dei malati.

Altri sintomi che l'esplorazione fisica può mettere in evidenza ma che più propriamente possono dirsi complicazioni, sono le fratture spontanee — del resto eccezionali — e certe leggere modificazioni neurologiche del tipo radicolare o midollare.

Fra i *sintomi radiologici* si notano una decalcificazione diffusa della colonna che si estende alle coste e al bacino, delle curvature anormali della colonna, gli affondamenti ossei e, soprattutto, l'aspetto ispessito, a forma di lenticchia biconvessa, del disco intervertebrale imprimente alle vertebre vicine la forma di lenticchie biconcave: tali modificazioni si estendono ordinariamente a più dischi vicini. Altre anomalie che si possono a volte notare sono delle calcificazioni di vicinanza, delle calcificazioni dei legamenti laterali, o delle calcificazioni a distanza (nelle cartilagini costali, sulle arterie).

Le *modificazioni umorali* sono incerte e variabili; così la calcemia, la fosforemia e la fosfatasi sanguigna non sono nè costanti nè caratteristiche. Interessante sarebbe, secondo gli AA. la ricerca della formula ematologica e il mielogramma.

L'*etiologia* non è costante; l'età sembra avere un ruolo importante, ma vicino all'osteoporosi dei vecchi, vi è l'osteoporosi degli adulti ed anche dei giovani che pone altri problemi patogenetici; il sesso è essenziale: il sesso maschile sfugge nettamente a questa affezione; l'apparato endocrino sembra avere una certa importanza e principalmente le perturbazioni ovariche; più importante è il fattore alimentare: un certo numero di osteoporosi vertebrali sono state considerate come la conseguenza d'una carenza alimentare o di uno squilibrio nella razione.

Dopo un breve esame dell'evoluzione sulle teorie della *patogenesi*, gli AA. osservano come in questi ultimi anni essa si sia quasi esclusivamente orientata nel senso delle perturbazioni endocrine (specialmente dell'ovaie) o delle malattie per carenza (generalmente avitaminosi A, C, D).

Gli AA. spiegano il meccanismo fisiologico dell'osteoporosi vertebrale con due fattori principali (l'uno attivo: il peso del corpo; l'altro passivo: la resistenza del corpo intervertebrale) che spiegano facilmente le importanti modificazioni d'insieme della colonna vertebrale.

Per la *diagnosi* gli AA. distinguono schematicamente i casi in cui vi è affondamento vertebrale localizzato; quelli in cui il rachide è la sede di una deformazione d'insieme e quelli in cui non vi sono che dei dolori senza alterazioni apprezzabili della colonna. Nel primo caso le principali cause d'errore sono: il male di Pott, il cancro vertebrale, affondamenti post-traumatici. Nel secondo caso, causa d'errore possono essere: il reumatismo vertebrale, la cifosi senile, certe cifosi degli adolescenti, le localizzazioni vertebrali della malattia di Paget, e l'osteosi paratiroidea. Nel terzo caso, una causa del dolore difficile a riconoscere, oltre al reumatismo vertebrale, sarà l'ernia del disco intervertebrale.

La *terapeutica* nelle osteoporosi vertebrali dolorose può essere particolarmente attiva: essa comporta, secondo gli AA., due indicazioni essenziali:

1) favorire la fissazione del calcio (preparati di calcio iniettabili, vitamine D e A, applicazioni di raggi U. V. o elioterapia. Regime alimentare equilibrato quantitativamente e qualitativamente, ricco in alimenti freschi);

2) ottenere la cessazione dei fenomeni dolorosi (i sedativi nervini, la diatermica, la radioterapia non sono molto efficaci ed il loro effetto è passeggero; le iniezioni intradermiche d'istamina ed il trattamento ortopedico sembrano dare risultati migliori).

S. F.

Indicazioni e risultati della resezione diafisaria nel trattamento della osteomielite acuta.

(SORREL E. GUICHARD R. *Revue de Chirurgie*, fasc. II, 1939).

L'uso della resezione diafisaria nel trattamento dell'osteomielite acuta degli adolescenti, ne ha modificato favorevolmente il decorso e gli esiti. I risultati immediati sono la rapidità con la quale cade la temperatura e il modo come migliora lo stato generale grazie alla soppressione del focolaio infettivo e l'eccellenza del drenaggio. Di 40 resezioni diafisarie eseguite dagli AA. per forme gravi di osteomielite, 36 hanno portato alla guarigione completa; 4 morti solamente. E poichè l'osteomielite è una setticemia generale da stafilococco, e il focolaio osseo è la fonte dell'invasione dei germi nell'organismo, niente di straordinario che la sua soppressione porti rapidamente alla cessazione dei fatti generali. I risultati secondari

non sono meno soddisfacenti; l'osso resecato si ricostituisce; dei 36 operati e sopravvissuti 4 sono in trattamento, sei non si sono potuti seguire, uno ha residuato una pseudoartrosi del perone, e gli altri 25 hanno ricostituito l'osso in modo soddisfacente 21 volte regolarmente. I risultati tardivi sono ancora migliori; lentamente l'osso riprende la sua struttura normale e fatto ancora più curioso riprende a crescere regolarmente. Quindi funzione dell'arto reintegrata completamente; alcuni operati son perfino giocatori di foot-ball. Ma ancora: tutti i malati osservati a distanza sono guariti totalmente senza recidive; sembra che l'osso neoformato dopo resezione non debba essere sede di lesioni osteomielitiche croniche.

Quando operare una osteomielite acuta? quando si è formato del pus. Schematicamente la condotta da seguire è la seguente: nei casi gravi con segni generali inquietanti, resezione diafisaria, che si farà anche nei casi in cui altri interventi semplici non hanno sortito esito favorevole. Nei casi medi e lievi trapanazione o semplice incisione dell'ascesso sottoperiosteo. Si deciderà l'uno o l'altro intervento a cielo scoperto e a seconda delle condizioni locali. Per dare un'idea della frequenza delle diverse operazioni usate ecco le cifre relative dal 1931 a oggi, nel servizio di chirurgia degli AA.: 13 incisioni d'ascesso; 29 incisioni d'ascesso con trapanazione; 40 resezioni diafisarie.

G. BENDANDI.

Il trattamento delle fratture del plateau tibiale. Risultati lontani. (A proposito di 24 osservazioni personali).

(MILATRAY-BASTIEN. *Revue de Chirurgie*, fascicolo I, 1939).

Questo tipo di frattura considerato come molto raro, è oggigiorno divenuto più frequente e il suo trattamento presenta notevoli difficoltà, poichè la costituzione anatomica dell'articolazione del ginocchio, la fisiologia della statica e dell'andatura, spiegano i reliquati gravi e la prognosi sempre riservata. Vengono esaminati e discussi i vari metodi di cura proposti e sulla base di 24 osservazioni personali gli AA. concludono quali possano considerarsi i metodi migliori da seguire.

Tali fratture devono considerarsi di pronostico grave stante la loro sede articolare e le deviazioni della gamba, che possono sopravvenire come reliquati.

Nelle fratture della tuberosità senza spostamento dei frammenti e nelle semplici fessure si deve ricorrere alla puntura dell'emartro, alla mobilizzazione precoce previa infiltrazione novocainica peri-articolare, i risultati funzionali saranno eccellenti nella maggioranza dei casi.

Nelle fratture di una o di ambedue le tuberosità con spostamento dei frammenti, bisogna ristabilire l'orizzontalità del piano tibiale e lottare contro i raccorciamenti e le deviazioni in varo e valgo. La riduzione si otterrà sia con l'intervento chirurgico (artrotomia) sia con manovre ortopediche. La contenzione sarà realizzata sia con apparecchio gessato, sia con sintesi metallica associata o no a dei trapianti periostei. Il metodo di scelta sembra essere la riduzione con metodi ortopedici combinata alla contenzione con sintesi metallica che permetterà la mobilizzazione precoce. Seguono con documentazione radiografica e schemi i 24 casi personali trattati secondo queste direttive.

G. BENDANDI.

Le fratture del collo del femore.

(P. TOPA. *Revista de Chirurgie*, n. 11-12, 1938).

L'A. dopo uno studio completo dell'argomento espone i risultati di 47 casi di fratture del collo del femore trattati nella seguente maniera: 6 fratture cervicali vere (classificazione Delbet) trattate ortopedicamente, 7 fratture cervicali vere chirurgicamente (inchiodamento dei frammenti per via extra-articolare); 20 fratture cervico-trochanteriche ortopedicamente, 7 chirurgicamente —; 4 pseudoartrosi cervicali chirurgicamente, un distacco della testa del femore, ortopedicamente, due casi ancora in studio. Comparendo i risultati ottenuti tra il trattamento chirurgico e quello ortopedico, si trae la conclusione che nel trattamento ortopedico delle fratture cervico-trocanteriche si è avuto il 60 % di risultati soddisfacenti, nelle fratture trans-cervicali risultato nullo. Il trattamento chirurgico ha dato invece ottimi risultati tanto nelle fratture trans-cervicali che in quelle cervico-trocanteriche, per cui sarebbe opportuno accordare una più larga applicazione del trattamento chirurgico anche nelle fratture cervico-trocanteriche.

SIMONETTI.

Qualche considerazione sulla tecnica della disarticolazione della spalla. Sulla sezione dei nervi primitivi all'uscita dell'ascella.

(R. LERICHE. *Revue de Chirurgie*, fasc. II, 1939).

Operazione raramente praticata: le sue indicazioni rimangono certe tubercolosi ossee estese e i tumori maligni delle parti molli dell'avambraccio. Nei metodi classici non ci si preoccupa affatto del tempo « nervoso » dell'operazione; normalmente si tagliano i grossi tronchi del plesso brachiale, senza neppure accorgersene; questo modo di fare è detestabile poichè non ci si preoccupa affatto dell'ulteriore destino del nervo tagliato.

E si vedono dei disarticolati soffrire per il loro arto perduto e talvolta si è trovato un

grosso ganglioneuroma comune al mediano o al cubitale, fusi in questo punto. Bisognerebbe sapere che il tempo « nervoso » di una amputazione o di una disarticolazione domina il domani lontano di un amputato e che praticamente ha la maggiore importanza. Ogni nervo in una amputazione deve essere prima novocainizzato e secondariamente iniettato con acido fenico; la novocaina blocca l'eccitazione creatrice del riflesso vaso-costrittore e l'acido fenico diminuisce il potere di accrescimento dei cilindrassi e riduce il volume della cicatrice nervosa.

Nella disarticolazione della spalla bisogna incisa la cute posteriormente a due cm. dal bordo dell'ascella aperta l'aponevrosi e messe allo scoperto vene e arterie che vengono legate, nocainizzare e fenicare i nervi che appaiono perfettamente visibili; in seguito si procede secondo i metodi classici. Ricordando che la sorte di un amputato è dominata dal modo come evolveranno le sue cicatrici nervose.

G. Bendandi.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Complicazioni pleuriche nell'ascesso polmonare.

(E. Ruggieri. *La Clinica Chirurgica*, marzo 1939).

L'A. distingue due categorie di complicanze pleuriche dell'ascesso polmonare: quelle preoperatorie e quelle post-operatorie.

Versamenti preoperatori: tali versamenti seguono o alla rottura di un focolaio suppurativo superficiale nel cavo pleurico o alla propagazione a distanza di un focolaio situato in profondità.

In entrambi i casi il versamento può essere diffuso o circoscritto. Nel caso di rottura dell'ascesso nella grande cavità pleurica, avvenuta sia spontaneamente sia attraverso un qualunque meccanismo, le conseguenze sono drammatiche, perchè si instaura con tumultuosa rapidità un empiema, che generalmente è un piopneumotorace, ed uno stato settico generalizzato che conduce rapidamente a morte il malato nel maggior numero dei casi. I processi polmonari che più facilmente si rompono nella grande cavità pleurica sono quelli gangrenosi, a causa della loro rapida evoluzione distruttiva. Dal punto di vista clinico la perforazione dell'ascesso è contrassegnata da un dolore improvviso, violento, accompagnato da una penosa dispnea e da un rapido aggravamento dello stato generale. Un fatto diagnosticamente assai importante è che l'espettorato subisce una forte e rapida diminuzione.

Obbiettivamente si riscontrano i segni del versamento pleurico confermato dall'esame radiologico. La prognosi è gravissima e la terapia da applicare consiste nell'apertura d'urgenza del cavo pleurico e nell'applicazione di un drenaggio ad aspirazione.

Nel caso di versamenti pleurici totali complicanti ascessi situati in profondità, si ammette che l'infezione si propaghi alla pleura per via linfatica. Il versamento in tali casi è per lo più in un primo tempo sieroso e successivamente diventa purulento. È interessante notare che la sintomatologia, molte volte subdola o poco chiara, è talora inizialmente a carico dell'addome, anzichè del torace, con dolori nelle sezioni alte del ventre, difesa parietale agli ipocondri o all'epigastrio, vomito.

Cosicchè possiamo distinguere varie forme cliniche di questa specie di complicanza pleurica: una forma che ha inizio tumultuoso e decorso rapido, con segni di piopneumotorace, e che corrisponde ad un empiema putrido fin dall'inizio; una forma egualmente tumultuosa e rapida, ma senza segni di piopneumotorace, che corrisponde ad un empiema putrido fin dall'inizio; una forma ad inizio subdolo ma ad evoluzione ingravescente, che corrisponde ad un versamento prima sieroso ma che si trasforma in fasi successive; una forma a sintomatologia inizialmente addominale, che corrisponde ad una lesione primitiva della pleura diaframmatica. Tutto ciò nello sfondo chiaro e preciso di un ascesso polmonare già diagnosticato. Talvolta però l'empiema può essere la complicanza di un ascesso ignorato, che ne risulta completamente mascherato: a questa possibilità si deve pensare sempre quando un empiema trattato chirurgicamente, dopo una passeggera miglioria, non evolve verso la guarigione malgrado un buon drenaggio, e le condizioni del malato decadono progressivamente.

Anzichè avessi empiemi generalizzati, sempre mediante il meccanismo della rottura o quello della propagazione, si possono avere empiemi saccati, quando nel cavo pleurico esistano già aderenze spesse e resistenti.

Versamenti post-operatori possono seguire a tutte le operazioni correntemente praticate per aggredire un ascesso polmonare.

Il versamento può seguire a un incidente operatorio come per esempio la incisione di un ascesso fatta quando i due foglietti pleurici non sono aderenti con conseguente versamento del contenuto ascessuale nel libero cavo pleurico.

Più frequenti sono le complicanze che intervengono dopo operazioni condotte secondo le migliori norme e senza errori di tecnica. Così anzitutto è il piombaggio extra-pleurico che può essere seguito da versamento, il quale allora è talvolta difficile a diagnosticarsi: se si tratta di un essudato sieroso bastano toracentesi ripetute, se si tratta di versamento purulento è necessaria la pleurotomia immediata e l'applicazione di un drenaggio ad aspirazione.

Versamento pleurico può complicare una pneumotomia o una resezione polmonare, ta-

lora anche a grande distanza dall'operazione e anche quando le condizioni locali e generali del malato sono delle più soddisfacenti.

Dopo la lobectomia infine, sia essa praticata in un tempo, sia essa praticata in due tempi, l'empiema è da considerare come una evenienza pressochè fatale; l'infezione può trarre origine dalla superficie di sezione del peduncolo polmonare che mette in contatto il cavo pleurico con il contenuto infetto dei bronchi; può trarre origine dalla sezione o dallo scollamento digitale di aderenze contenenti focolai microbici; può essere dovuto ad accidentali lesioni operatorie del parenchima polmonare; può provenire da inquinamento secondario dei liquidi reattivi ed ematici ristagnanti nel cavo residuo. È necessario perciò porre, dopo lobectomia, nel cavo toracico residuo uno o più drenaggi ed aspirazione continua.

F. TOSTI.

I microrganismi degli ascessi del polmone.

(LETULLE RAYMOND. *La Presse Médicale*, 9 dicembre 1938).

La flora batterica degli ascessi del polmone sia primitivi che secondari può comprendere due gruppi di microrganismi: 1) I piogeni (micropiogeni ed ameba della dissenteria); 2) Gli anaerobi (microbi anaerobi propriamente detti e le spirochete).

La ricerca dei germi causali è difficile, perchè è spesso difficile ottenere del pus direttamente con la puntura dell'ascesso; in generale con la puntura si ottiene qualche goccia di sierosità per lo più sterile. La ricerca va fatta sul liquido emesso con la vomica, sugli espettorati e sul liquido pleurico reattivo.

L'A. passa in rassegna i vari tipi di germi che più frequentemente danno luogo agli ascessi del polmone: ne studia i caratteri morfologici e culturali.

I microbi piogeni più frequenti sono il pneumococco, di cui l'Autore distingue tre tipi, lo streptococco viridans ed emolitico, l'enterococco, lo stafilococco aureo e il pneumobacillo di Friedlander: quest'ultimo germe provoca un ascesso del polmone caratteristico, a tipo di flemmone diffuso, con lesioni di aspetto necrotico, emorragico e piolide.

Bisogna notare che per lo più non esiste alcun rapporto tra il piogeno causale e il carattere anatomo-patologico dell'ascesso.

L'ameba dissenterica (varietà hystolitica) dà luogo ad un ascesso del polmone quasi sempre secondario ad un'epatite, contenente del pus color cioccolatta, sterile.

I microrganismi anaerobici, agenti delle suppurazioni putride della gangrena polmonare, costituiscono due gruppi molto differenti: gli anaerobi propriamente detti e le spirochete. I primi, il cui isolamento è molto laborioso, sono costituiti dal B. perfringens, B. ramosus, B. fundubiliformis, B. fragilis, B. serpens, spirillum nigrum, veillonella parvula, streptococcus anaerobus, B. fusiformis.

Ancora non si hanno dati precisi per stabilire l'azione delle spirochete negli ascessi putridi del polmone nè si può dire con esattezza quali tipi di spirochete intervengono in tale malattia. Ulteriori ricerche potranno permettere di studiare i caratteri biologici delle differenti specie di spirochete e di risolvere il problema dell'azione da esse esplicata nelle suppurazioni putride del polmone.

E. BERNABEO.

Contributo alla conoscenza delle pleuriti ossificanti.

(V. SPEZIALE. *Riforma Medica*, 22 aprile 1939).

L'A. ha avuto la possibilità di studiare un caso clinico di pleurite ossificante e, dopo averlo descritto, fa su di esso alcune considerazioni.

L'A. distingue fra pleurite calcifica, pleurite osteoide e pleurite ossificante; tutte e tre si possono avere come postumi di pleuriti sierofibrinose o purulente, ma mentre la prima nasce dall'infiltramento calcareo di cotenne necrotiche, e la seconda deriva dalla calciofanerosi nelle lamelle e nelle fibre del connettivo adulto neoformato infiammatorio, la pleurite ossificante deriva dall'attività del sistema reticolo-endoteliale che sotto lo stimolo locale e le modificazioni biochimiche prodottesi, ritorna allo stato embrionario con proliferazione degli elementi reticolari pluripotenti Wanderzellen, cellula di Saxer, emoistioblasta del Ferrata. Dall'emoistioblasta si differenziano gli istiociti e gli emociti; i primi daranno gli osteoblasti, i secondi le cellule midollari e gli uni e gli altri contribuiranno a formare osso vero e proprio con midollo, così come si presenta all'esame istologico. La pleurite calcifica non ha al contrario nessuna forma istologica e la pleurite osteoide risulta formata da travate ossee con poche cellule a tipo fibroblastico.

Radiograficamente, mentre la pleurite calcifica dà un'imagine simile a quella di scheggia calcarea e la plaurite osteoide dà la stessa imagine di un vecchio sequestro osseo, le placche di ossificazione danno imagine di un sequestro osseo nel quale si riesce a mettere in evidenza una certa struttura trabecolare e midollare.

L'aspetto macroscopico delle placche pleuriche è quasi identico per le tre forme e non fornisce alcun criterio diagnostico.

L'A. afferma quindi che la diagnosi di certezza la può fornire solo l'esame istologico; esclude che le prime due forme siano delle vere forme di ossificazione, come pure esclude dal gruppo degli osteomi, gli osteomi della dura madre cerebrale e quelli del polmone che mette anch'essi nel gruppo delle forme osteoi-

di; riserva il nome di pleurite ossificante solo a quella originata dalla intensa reazione delle cellule mesenchimali del sistema reticolo-endoteliale e che è istologicamente rappresentata da formazioni osteoblastiche compenetrate da formazioni midollari. S. F.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Sintomi fallaci.

Il sintoma od i sintomi che il malato accusa e che lo inducono a ricorrere al medico costituiscono, in genere, per quest'ultimo la guida per arrivare alla diagnosi ed alla terapia; spesso, anzi, la precisa descrizione dei sintomi stabilisce già di per sè stessa la diagnosi. Alle volte, però, il sintoma accusato conduce su una falsa strada per varie ragioni che possono essere insite al paziente, al medico ed alla natura stessa del sintoma. L'analisi delle condizioni in cui e per cui si verifica tale fuorviamento si presenta interessante per il medico pratico ed è per questo che riteniamo utile il riassumere una discussione avutasi alla Hunterian Society di Londra e riportata in *British med. journ.* (1° aprile 1939).

Lord Horder osserva che, nella maggior parte dei casi in cui il sintoma ha fuorviato la diagnosi, si trattava di un dolore, vero o simulato. Alle volte, tale sintoma appare locale, mentre la malattia è generale; può trattarsi di una neuralgia, di un dolore focale che si ha talvolta nei primi giorni della tifoide e che può essere attribuito a sinusite. Nella poliomielite, attira talvolta l'attenzione soltanto la ritenzione d'urina; l'inizio della polmonite specialmente nei vecchi in cui la temperatura dà indizi vaghi, può presentarsi sotto l'aspetto di uno « shock » cardiaco; anche la pielite acuta o la sepsi acuta possono iniziarsi in tal modo. L'inizio di un tumore cerebrale può mentire una psicosi, specialmente del tipo sistematizzato.

Il dolore può essere riferito ad una parte del corpo, mentre la malattia è localizzata altrove; così, può farsi confusione fra affezioni della cistifellea ed angina pectoris; talvolta, poi, sono presenti entrambe le condizioni. I sintomi anginoidi sono talora dovuti a pleurite diaframmatica ed il dolore all'acromio, così comune nella pleurite — diaframmatica o non — può fuorviare la diagnosi. La diffusione del dolore anginoso è facile da seguire, ma può accadere che non tutta la via seguìta sia dolente e che il dolore sia avvertito soltanto al pugno od al gomito.

La diverticolite è responsabile di molti sintomi fuorviatori; vi sono poi casi in cui si è praticata la laparatomia per sintomi di occlusione, mentre si è trovata una trombosi pelvica. Il dolore può essere unilaterale, così, nell'ulcera duodenale, in presenza di tutti i sintomi classici e con la conferma radiologica od anche chirurgica, il dolore e la sensibilità possono essere localizzati a sinistra.

Molte malattie funzionali possono simulare delle affezioni organiche. Specialmente importanti sono l'emicrania e la cefalea; talvolta, in presenza di essa insieme con strabismo e diplopia, si può pensare ad una grave malattia organica, mentre non si tratta che di un segno di eccessiva stanchezza. L'A. ricorda il caso di una cefalea tanto intensa da dare una lieve confusione mentale, con rigidità del collo e lieve febbre, tutti sintomi che suggerivano l'idea di una lieve meningite, e che erano soltanto da attribuirsi allo strapazzo di una lunga corsa in auto nella nebbia.

L'aura, talvolta, è il sintoma principale di cui si lagnano alcuni epilettici, che si presentano al medico dicendo che, se potessero liberarsi dalla flatulenza che li incomoda, non avrebbero più disturbi nervosi. Anche gli anginosi rilevano spesso che, quando possono eruttare, scompare anche il dolore.

L'ematuria — in verità un segno piuttosto che un sintomo — può pure portare a diagnosi errate; si tenga presente che essa può aversi anche senza che siano in causa calcoli, neoplasmi od altre lesioni renali; talvolta, si tratta di un individuo con nefrite interstiziale cronica con iperpiesi, oppure di pazienti avanti negli anni, che hanno preso dell'urotropina in quantità eccessiva. Talora — e questo è poco noto — l'ematuria si trova, ed anche in grado notevole, nella pielite acuta. L'anuria, quando il paziente ha vomito e forse anche diarrea, può pure essere un sintoma che fuorvia la diagnosi. La dispnea, malgrado l'opinione dei francesi che sia quasi sempre dovuta al cuore, può invece riconoscere la causa nell'enfisema. Da ultimo, l'A. cita un caso di nefroptosi in cui la massa del rene simulava un neoplasma del colon, il quale appare una diagnosi errata più che un sintoma fallace.

W. H. Ogilvié osserva che in tutti questi casi si tratta principalmente del dolore, perchè è proprio questo che porta il paziente dal medico. Ora, il dolore è una certa cosa, che non può essere bene analizzata. Quando si consideri il meccanismo di esso, il decorso di una sensazione alla corteccia cerebrale, con tutto il movimento rimbalzante attorno ai centri associativi, fino a che « suona la campana che produce la diagnosi », è ovvio che vi possono essere numerose occasioni d'errore. La natura del dolore dipende da molte condizioni: l'età, il sesso, il comportamento, il coraggio e lo sfondo generale del paziente che prova il dolore stesso. La dolenzia che uno accusa può invece essere un dolore angoscioso per un altro. La gravità del dolore è una delle più frequenti fonti di errore in chirurgia e lo stesso può dirsi del modo con cui il paziente lo sopporta; l'individuo flemmatico ed il coraggioso non

sono gran che disturbati da un dolore intenso, mentre quello impressionabile ed il pusillanime ne sono completamente annientati. Vi è poi l'imbroglione che sa descrivere così bene il dolore da trarre in inganno i più esperti; a tale proposito, l'A. cita il caso di un individuo che faceva il « perforato » di professione, descrivendo così bene il dolore da perforazione intestinale e tenendo così bene rigidi i muscoli addominali, che era stato operato ben 14 volte nelle diverse parti del mondo.

L'A. ritiene che la grande specializzazione odierna non porti ad una diminuzione nella frequenza di questa sorta di errori. Lo specialista conosce un'infinità di cose della sua branca, ma è capace di inghiottire qualunque « rospo » a proposito di disturbi coincidenti che può presentare il paziente. Il guaio è che la gente è oggi attirata dallo specialista al punto che una povera ragazza con una gola un po' grossa del tipo alla « Burne Jones » può dirsi fortunata se sfugge ad una tiroidectomia, mentre la sorella che si lamenta di un po' di dolore alla schiena a cui non è estraneo il suo « amico » viene subito mandato all'ospedale ed il suo destino dipenderà forse dalla porta alla quale essa busserà.

Il vomito, il meteorismo e la costipazione in un vecchio quasi sempre suggeriscono l'idea del carcinoma del colon, ma l'identico quadro può pure aversi per l'uremia. L'ematemesi può essere indizio di una grave malattia organica, ma il vomito di grande quantità di sangue può anche essere dovuto ad isterismo od a simulazione. L'A. menziona il caso di una donna che per varie volte ebbe a vomitare un intero vaso da notte di sangue, senza che l'esame radiologico dimostrasse alcuna deformità o si avessero alterazioni del sangue; tutto cessò d'incanto quando il marito morì in un incidente di aeroplano: come ultimo esempio egli cita il caso di una donna inviatagli da oltre mare, dimagrita come uno scheletro, con pigmentazione scura e con grosso fegato duro. All'esame chirurgico, si trovò che invece del cancro che si temeva, essa aveva un grosso calcolo nel dotto comune. Rimosso il calcolo, la paziente si riprese rapidamente, rimanendo però delusa di non acquistare un colorito normale e fu soltanto in seguito che essa si persuase che la pigmentazione residua era di origine razziale e non itterica.

F. M. R. WALSON osserva che dei pazienti che frequentano un ambulatorio neurologico, il 50 % si lamenta di cefalea; ma se se ne considerano dieci consecutivi, non si trova nessun fattore fisico comune fra di essi. Vi è la cefalea parossistica e quella continua. Vi è la giovane donna rosea e grassoccia, di maniere vivaci e graziose che viene all'ambulatorio e, con un bel sorriso, vi dice che soffre di un'intollerabile ed intensa cefalea da cinque, dieci, venti anni; il nome di cefalea in tal caso non appare molto adatto, perchè non vi sono cefalee di così lunga durata; è questione di modo di dire. Del resto, come una rondine non fa primavera, un sintoma non fa un quadro clinico; è dalla costellazione dei sintomi e non da uno solo che si arriva alla diagnosi.

MORTIMER WOOLF riconosce che la frode non va confusa con dei sintomi che possono sviare la diagnosi, mentre D. WRIGHT ritiene che fra i possibili errori il più grave è quello di considerare come frodatore un paziente che non lo è. Non torna certamente ad onore della medicina che un paziente venga ritenuto un semplice neurotico da tutti quelli da cui si fa visitare e che poi si riveli affetto da qualche affezione maligna. Un caso grave di errore è quello di una paziente a cui vennero aperte quattro dita della mano, credendo trattarsi di un patereccio, mentre si trattava di morbo di Raynaud. Un altro caso istruttivo è quello riportato da D. C. NORRIS di un uomo trovato in stato d'incoscienza sulla strada; esso presentava una larga suffusione emorragica ai lombi ed ematuria e fu subito portato alla sala operatoria come un caso di rottura del rene, ma la presenza di qualche papula alla fronte mise sulla giusta strada della diagnosi di vaiuolo emorragico. *fil.*

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

Prof. PIETRO PERONA. *La roentgenchimografia cardio-vascolare.* Edizioni C.E.L.A.S. Belluno.

Questo volume che vede ora la luce, sotto una veste tipografica veramente curata e simpatica, non può essere presentato con le solite frasi di circostanza. Il Perona, che con tenacia ammirabile batte questa via da sei anni e che della Roentgenchimografia cardiaca si è fatto in Italia un autorevole assertore, ci ha dato molto di più di un libro nuovo.

Valendosi di un ricco materiale di studio, esclusivamente suo e passato al vaglio della Clinica o della anatomia patologica, ha sviluppato quadri chimografici già segnalati da AA. di oltralpe ed altri ne ha costruiti od abbozzati.

In verità, l'indagine radiologica del cuore e dei grossi vasi (come del mediastino) era stata fino ad oggi basata sopra una metodica che, in parte almeno, aveva fatto il suo tempo e che non poteva più ritenersi del tutto adeguata alle nuove esigenze della Clinica protesa sopratutto allo studio della funzionalità cardiaca. Cosicchè era accaduto (e accade tuttora) che il medico (il quale in passato rinunciava meno alla collaborazione del radiologo) orientasse le sue preferenze alla Elettrocardiologia, limitando i suoi quesiti radiologici alla morfologia od alla volumetria.

Il lavoro del Perona viene a buon punto, e viene non solo per riaffermare le alte funzioni della Radiologia anche nei confronti del

centro circolatorio, ma sì da darci una ricerca che d'ora in poi deve sempre fiancheggiare l'elettrocardiografia e integrarla. Ed in realtà il prof. Perona se lo afferma nella sua « Premessa » è poi in grado di dimostrarlo ripetutamente.

Effettivamente il volume ora pubblicato non tratta di tentativi di una nuova metodica più o meno riusciti e più o meno promettenti; la funzionalità cardio-vascolare è qui considerata e catalogata nei suoi aspetti e successioni; ogni fenomeno è tradotto da grafiche ottenute direttamente, le quali (pur presentando gli inevitabili inconvenienti riferibili alla tecnica ed al loro scarso sviluppo) hanno caratteri proprii alle singole regioni. Cosicchè un primo risultato della chimografia è già quello di valutare e di fissare lo sviluppo dei distretti cardio vascolari e di distinguere le ombre pulsanti da quelle che non pulsano. Ciò che ha dato modo al Perona di fissare successivamente le zone polmonari su cui le pulsazioni hanno influenza (pulsazioni attive o trasmesse) e di costruire poi i quadri diagnostici differenziali fra masse mediastiniche pulsanti o meno. Così l'argomento delle pericarditi, abbozzato finora dagli AA. Tedeschi e Francesi, ha subìto, per merito di Perona, un ulteriore sviluppo nella segnalazione dei processi regressivi e delle pericarditi saccate; e la sua attenzione è andata oltre, indugiandosi sulle pleuropericarditi e sui loro mutevoli aspetti quali, fino ad oggi, nè la Radiologia nè la Clinica erano in grado di valutare appieno.

Ma dove il Perona sancisce appieno il valore della Radiologia è il capitolo delle *miocarditi* in cui gli aspetti funzionali dell'*infarto*, le sue localizzazioni ed estensione sono documentati con una evidenza impressionante nelle successive fasi progressive o regressive. E per quanto alla stessa diagnosi si giunga con l'E. C. (il Perona ha già trattato di altri casi positivi con E. C. negativo in primo tempo) non vi è chi non veda dalla ricca iconografia presentata, come al Clinico venga a mancare, col solo metodo elettrico, qualsiasi possibilità di controllo sulla entità del processo. Basterebbe già questo capitolo per far meditare i restii sulle possibilità di questa nuova metodica la quale deve ormai essere intesa come un insostituibile mezzo di efficace affiancamento alla Elettrocardiologia.

Ciò sia detto non solo nei confronti delle miocarditi, ma anche delle turbe di conduzione, nello studio delle quali il Perona ha avuto modo di provare la esistenza di aritmie ventricolari distrettuali a cui faceva riscontro un tracciato elettrico tutt'altro che equivalente. E così nello studio dei grossi vasi e dell'ilo il Perona sfrutta, grazie alla chimografia, alcuni rilievi che, valutati con la sola indagine radioscopica, dànno troppe volte adito ad incertezze, mentre che obbiettivati da una grafica, si prestano per lo più a chiare e definitive interpretazioni.

Questo volume dimostra in Perona un profondo conoscitore della fisiopatologia cardiaca, e che prova a quali risultati possa giungere la Radiologia quando chi la professa si sente, come il Perona, figlio della Clinica.

C. Frugoni.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

Dott. M. Merli. *Ascessi subfrenici; patologia e cura.* Volume di 200 pagine. Luigi Pozzi, editore, Roma. Prezzo L. 20.

Ci onoriamo di riportare la breve, ma significativa, Prefazione con la quale l'insigne prof. Roberto Alessandri presenta questa interessante Monografia:

« L'argomento che il dott. Merli ha voluto trattare — *l'ascesso subfrenico* — è certamente uno di quelli che più hanno esercitato l'indagine degli studiosi; e come egli stesso osserva la letteratura mondiale su di esso è ricchissima.

« Non credo però che il suo lavoro sia inutile perchè tanto la diagnosi, quanto la cura di questa grave localizzazione suppurativa sono ancora tutt'altro che ben definite su tutti i punti, e soprattutto perchè egli ha potuto raccogliere un materiale cospicuo di malati operati e un numero assai rilevante di autopsie.

« Ritengo pertanto che questa larga esperienza clinica dovuta a chirurgi diversi, e il controllo anatomo-patologico così esteso, abbia gran valore per l'istruzione dei giovani, e possa servire loro di indirizzo clinico corretto ».

Roma. Roberto Alessandri.

G. Roux. *Petite chirurgie et technique médicale courante.* Masson & C. Edit. Paris. Pagg. 592, fig. 361; prezzo Fr. 90.

Questo volume, presentato in ottima veste tipografica dalla Casa Masson, ricorda compendi del genere già da tempo pubblicati in altre lingue, quali quello di Dominici in Italia e di Nordmann in Germania.

Esso tratta dei metodi essenziali di esame e di cura dei malati, dei feriti e degli operati, integrando l'esposizione con numerose ed efficaci illustrazioni.

Nella prima parte viene trattato ciò che si riferisce agli interveti ed alla tecnica chirurgica, con metodi generali di tecnica, con speciale riguardo alla anastesia, all'emostasi, alle suture ed ai drenaggi.

Nella seconda parte viene trattata la chirurgia di urgenza, trattamento delle fratture, delle ferite, dell'asfissia, delle sincopi, degli avvelenamenti e degli elettrizzati.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Nella terza parte riporta i metodi elementari di esame e di trattamento. È un capitolo non molto metodico, nel quale i dettagli tecnici degli esami strumentali si alternano con procedimenti terapeutici.

Nella quarta parte si riassumono nozioni di piccola chirurgia, riguardanti gli interventi più comuni (incisione di ascessi, asportazione di corpi estranei, foruncoli, fistole anali, ecc.) e dettagli di piccoli interventi otorinolangoiatrici, oftalmologici, urologici e ginecologici. L'A. in questa parte è assai minuto ed elementare e raggiunge lo scopo del suo libro che è dedicato agli studenti e ai giovanissimi medici.

G. MONTEMARTINI.

L. STROMINGER. *Les erreurs et les fautes en urologie.* Un volume di 176 pagine. Masson, Parigi, 1939. Fr. 45.

Confessare un errore può esser più istruttivo di descrivere cento atti esattamente compiuti. È l'imprevisto, il successo mancato quello che tante volte costringe a rivedere il passato, a mettere a punto il presente, a garantire il futuro.

D'altra parte occorre anche una buona dose di onestà di coraggio morale per dichiarare lealmente un errore, e la cosa riesce tanto più meritevole in quanto che tende a risparmiare disinganni e dolori a coloro che percorrono la stessa strada.

Il lavoro dello Strominger è diviso in capitoli, ognuno dei quali considera i vari errori possibili nella semeiotica, nella diagnosi, prognosi e cura delle varie affezioni degli organi del sistema urinario. Un capitolo speciale riguarda gli errori fisico-chimici sperimentali e dei valori biologici, nei quali è purtroppo tanto facile cadere: un altro è dedicato agli errori radiologici, che spesso sono colpevoli di gravi conseguenze diagnostiche e terapeutiche. Precede un capitolo di sapore filosofico, intitolato: la verità e l'errore nelle scienze psicologiche e nella biologia.

Il libro si legge e si consulta volentieri: è molto istruttivo ed è presentato con una lusinghiera prefazione del prof. G. Marion.

E. MINGAZZINI.

P. MACQUET. *Les calculs de l'uretère.* Un volume di 190 pagine e 22 figure. Masson, Paris, 1939. Fr. 45.

Innumerevoli sono le pubblicazioni sui calcoli dell'uretere da 30 anni a questa parte, da quando cioè Albarran e Jeanbrau pubblicarono i loro lavori fondamentali su tale argomento. Ma da allora parecchia strada si è percorsa, molte nozioni utili si sono accumulate, diverse tecniche si sono andate perfezionando.

Il lavoro del Macquet ha voluto mettere a punto tutti questi problemi dell'interessante ed importante capitolo della patologia urinaria, confrontando quanto si è scritto con quello che è derivato dalla sua personale esperienza.

Definito in poche parole il lavoro rappresenta uno studio critico sui singoli capitoli della calcolosi ureterale, sostenuto però da spirito pratico.

Non si tratta quindi di un'opera di compilazione, ma di un lavoro originale nel quale sono descritti circa una trentina di casi personali. Questi sono studiati bene: di essi sono riferiti anche i risultati immediati: peccato che non si sappia di tutti l'esito tardivo, poichè è questo il punto più delicato del problema: sapere cioè se la permanenza anche prolungata di un calcolo significhi la perdita del rene corrispondente. Poichè se è vero quanto affermò Jeanbrau, e cioè che ogni calcolo arrestatosi nell'uretere conduce fatalmente alla distruzione del rene che l'ha formato, noi abbiamo visto più di un calcolo soggiornare a lungo, per degli anni, nel condotto, senza che il rene ne avesse sofferto troppo. Dopo l'intervento, anzi, abbiamo visto tornare le cavità dilatate e la funzione dell'organo alla forma e ai valori assolutamente normali, come abbiamo anche visto, d'altro canto, una « morte silenziosa » di reni affetti dalla stessa malattia, in condizioni apparentemente eguali.

Questo punto così importante non solo scientificamente, ma anche da un lato eminentemente pratico, supera tutti gli altri e c'è da augurarsi che venga sempre tenuto presente in lavori di questo genere.

E. MINGAZZINI.

MARIO GHIRON. *Clinica delle malattie renali.* Vol. in-8° di pagg. 500. Soc. Editrice Libraria, 1938. L. 65.

È un trattato sulle malattie renali compilato con intenti essenzialmente pratici. Il medico ed il clinico vi troveranno tutto ciò che la medicina moderna conosce in tema di malattie mediche e chirurgiche dei reni. L'opera è divisa in due parti.

La prima parte comprende l'embriologia, l'anatomia, la fisiologia del rene e la sintomatologia generale delle malattie renali; la seconda parte, essenzialmente clinica, comprende, dopo la classificazione delle nefropatie, la esposizione dei singoli quadri morbosi, esposizione assai chiara e sobria.

Particolarmente notevole la estensione che l'A. ha dato alla parte terapeutica.

IANDOLO.

J. TERRACOL. *Les maladies de l'esophage.* Vol. di 664 pag. con 352 fig., edito da Masson, Parigi, 1938. Fr. 220.

Il prof. Terracol ha voluto in questo volume, scritto da lui e da numerosi altri collaboratori, raccogliere tutte le nozioni importanti che si riferiscono all'esofago, riuscendo a farne una sintesi così completa ed aggior-

nata che non può non essere letta e consultata con interesse e profitto da ogni medico, specialista o non.

Il libro è diviso in due grandi parti, di cui la prima comprende i ricordi anatomici e fisiologici ed i metodi di esplorazione. Quelli trattano essenzialmente di anatomia clinica e chirurgica e sono aggiornati e talora corretti sulla scorta dei rilievi più precisi forniti dalla tecnica endoscopica: questi sono largamente descritti. Sopratutto l'esofagoscopia, a causa della sua importanza, è esposta in maniera dettagliata ed illustrata da schemi e disegni secondo lo strumentario e la tecnica dei diversi autori.

La patologia dell'esofago è trattata nella seconda parte, dove sono descritte successivamente le diverse affezioni. Ma uno sviluppo particolarmente largo è stato dato ad alcuni capitoli che riguardano le ustioni, le stenosi, i corpi estranei ed i tumori maligni. E non manca un capitolo sulla gastroscopia.

Il volume, che si presenta in una degna veste editoriale, è largamente illustrato e documentato; questa ricca iconografia contribuisce per la sua parte, insieme alla qualità dei collaboratori ed alla distinzione clinica dell'A., a farne un'opera che non può rimanere sconosciuta a chi si occupa dell'esofago.

M. Silvagni.

Niceto S. Loizaga. *Del carcinoma primitivo bronco-pulmonare*. Un vol. di pag. 220 con 20 figure. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1938.

È un'ampia monografia basata su 28 osservazioni personali studiate molto dettagliatamente e su una estesissima bibliografia. Viene data particolare importanza allo studio clinico e radiologico; i vari tipi di cancro primitivo del polmone sono illustrati nella loro varietà clinica e anatomopatologica e nei quadri radiologici così polimorfi.

Per l'importanza diagnostica dello studio istologico dell'espettorato, la conoscenza delle varietà anatomo-patologiche assume nella clinica una importanza quale non si presenta per altre sedi.

Importante è uno studio sulle metastasi ghiandolari dell'ilo. La cura chirurgica è sola mente ricordata.

Valdoni.

G. Zucchi *Venti mesi di Ospedale da Campo in A. O.* Un vol. in-8° di 60 pagg. Casa ed. O. Bucchi, Milano, 1938. L. 6.

L'intensa attività svolta durante la guerra in A. O. nell'Ospedale da campo di Adi Abuna ha permesso all'A. — dalle buone capacità di organizzatore e di sagace osservatore — di raccogliere utili dati statistici e nosologici. Questi non soltanto stanno a dimostrare il provvido lavoro che egli ha svolto, ma hanno anche interesse generale; citiamo, p. es., le osservazioni sull'influenza della pressione atmosferica sul circolo sanguigno, per cui si ha uno stato morboso che egli chiama baropatia.

Il lavoro è presentato da una bella prefazione del Ten. Gen. Martoglio.

fil.

S. Citelli. *Malattie del naso e della gola*. Unione Tipografico-Editrice Torinese. Prezzo, L. 70.

È la terza edizione di un libro che ha avuta una meritata fortuna. È un libro originale e personale: originale perchè l'esposizione si allontana dalla maniera comunemente seguita; personale perchè la materia trattata risente prevalentemente dell'esperienza dell'autore.

È un ottimo libro di preparazione per gli studenti e di consultazione per i medici generici e per gli specialisti.

Fa parte della « Collezione Manuali di medicina » dell'Unione Tipografico-Editrice Torinese, e come tale è stampato ottimamente, ed elegantemente rilegato.

Dr.

NOTE BIOGRAFICHE

GIUSEPPE CIRINCIONE

nel giudizio degli Italiani e degli stranieri.

Il primo decennale della scomparsa di Giuseppe Cirincione è stato ricordato da alcuni allievi del Maestro con vari articoli apparsi su giornali quotidiani e su riviste mediche dell'Italia e dell'estero.

Fra questi merita di essere segnalato quello del prof. Diego D'Amico, il quale, ha sopratutto richiamato l'attenzione degli studiosi sul giudizio che, di Giuseppe Cirincione, hanno dato gli assi dell'Ottalmologia mondiale.

Abbiamo così appreso che il famoso Fuchs ebbe a riconoscere in Cirincione « l'oculiste le plus éminent non seulement d'Italie, mais du monde civilisé »; mentre l'illustre Truc ebbe a dichiarare che « Cirincione avait fait de la Clinique de Rome un centre international de recherches universellement appréciées ».

I particolari più interessanti sulla vita del grande Maestro siciliano sono quelli forniti dall'americano Park, il quale riferisce un'infinità di aneddoti, alcuni dei quali pressochè sconosciuti.

Tale, la rivendicazione al Fontana della scoperta della guaina mielinica attribuita agli stranieri e la lotta che Cirincione — appena laureato — dovette sostenere contro i professori dell'Accademia Medica Napoletana per convincerli che non tutta la luce veniva dall'estero.

Tale, l'episodio di Lipsia, quando Cirincione, che allora lavorava sullo sviluppo dei primi stadi del cristallino umano, sacrificò sino all'ultimo marco per comprare un embrione freschissimo, rimanendo digiuno per 24 ore.

Interessantissime, le testimonianze del senatore Ovio, specie quando parla dell'assillo di Cirincione nel creare, in Roma, la migliore Clinica oculistica del mondo; nel creare, in Roma, la migliore rivista oculistica del mondo; nel creare, in Roma, la più elevata Società Ottalmologica del mondo.

Questo primato (dice l' Ovio), Cirincione potè raggiungere in modo semplicissimo: lavorando e facendo lavorare *infaticabilmente*.

« Ma che cosa in realtà significasse l'avverbio *infaticabilmente* possono comprenderlo — aggiunge il prof. D'Amico — gli immediati collaboratori del Maestro ».

Infaticabilmente significava lavorare per anni ed anni di seguito rinunziando a feste e a ferie; *infaticabilmente* significava a lavorare senza riguardo alle ore dei pasti e andare spesso a letto a notte inoltrata e a stomaco vuoto; *infaticabilmente* significava, occuparsi senza riposo di tutto il lavoro della Clinica, dalle visite ambulatorie mattutine, alle lezioni del Maestro, alle varie indagini scientifiche, agli atti operatori, alla redazione degli Annali, senza dedicare al sonno riparatore che poche ore nelle 24.

Gabriele D'Annunzio, che fu legato di salda amicizia col sommo scienziato e lo difese fieramente, dopo di aver chiamato Cirincione « uno dei più grandi e dei più originali e dei più magnanimi scienziati d' Italia e del mondo » aggiunge: « tra i più compiuti esemplari della stirpe italica non può riconoscersene uno più possente e più vasto e più puro », e conclude: « il suo nome risuona nella gloria universale con una tempera incomparabile. Non soltanto egli ha fondato in Roma una Clinica Oculistica che non teme paragoni in tutta la civiltà contemporanea, ma ha rischiarato di bontà schietta e rude i suoi prodigi. Tutti sanno con quale prontezza egli abbia profuso il suo denaro in servizio dell'opera pubblica, convertendo, ad esempio, la legna da ardere nell'acquisto di uno strumento esatto, con la giunta del suo stesso denaro ».

Il Duce lo volle senatore il 20 settembre 1924 per premiarne non soltanto i meriti scientifici, ma anche l'incrollabile fedeltà in tutte le ore nonchè l'operoso interessamento verso le più importanti questioni tecnico-sanitarie nazionali e regionali.

Alla Camera, al Senato, sulla stampa, Cirincione si occupò di problemi universitari con competenza assolutamente unica, perchè nessuno ebbe mai a conoscere tali problemi meglio e più compiutamente di lui.

« Fu, la sua vita — conclude il prof. D'Amico — come quella di coloro che tracciano con la mano il proprio destino, una continua battaglia.

« Non conobbe tregue.

« L'ostacolo pareva quasi animare la sua tempra forgiata in un calco ciclopico ed il dinamismo del suo spirito esuberante non si arrestò che dinanzi alla morte.

« Ebbe un vero culto per la scienza, che fu, per lui, il supremo rifugio dello spirito, ed alla scienza donò ogni energia.

« Nel 1925 gli allievi di tutta Italia forgiarono una grande targa sulla quale scrissero semplicemente:

« Al Maestro — Giuseppe Cirincione — la cui opera di scienza e di bene — sarà più duratura del bronzo — i discepoli.

« In questa luminosa sintesi è compendiata tutta la sua opera, che resterà nei secoli perchè fu veramente grande ».

A. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 gennaio 1939-XVII

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente

Due osservazioni cliniche di blocco di branca transitorio.

Dott. V. PUDDU e dott. D. SIBILIA. — Vengono presentati i tracciati di due soggetti nei quali il blocco di branca compariva transitoriamente durante un particolare regime di attività cadiaca (tachicardia da sforzo, tachicardia da scompenso). In un terzo caso il blocco di branca abituale scomparve dopo lunghe pause di una dissociazione atrio-ventricolare transitoria. Il quarto paziente presentava una sindrome di Wolff, Parkinson e White.

Sindromi allergiche provocate da estratti di fegato usato per via parenterale.

Dott. D. GIGANTE. — L'O. ha osservato un caso di ipersensibilità locale da estratto di fegato per via parenterale, esperimentando su 60 pazienti ha potuto dimostrare in due casi analoghe manifestazioni.

A mezzo di intradermoreazioni cuti e sottocutaneoreazioni su suggetti non sensibilizzati ha trovato in sette soggetti le intradermoreazioni positive; di questi cinque, a lungo trattati con fegato, non hanno presentato sensibilizzazioni. L'O, è riuscito a trasportare passivamente il fenomeno allergico sia locale che generale. Esperimenti in animali hanno avuto esito negativo; ed esito negativo hanno avuto tentativi di cura anti allergica.

Il prof. FRUGONI che accetta le conclusioni sulla natura allergica sui fenomeni; e domanda se nelle malate ipersensibili fu saggiata la sensibilità intestinale da ingestione. E ciò perchè se si osservasse ipersensibilità locale e non alimentare, sarebbe a suffragio del concetto dottrinario sulla natura prima locale e istogena della anafilassi, che non generale ed umorale.

Il Socio prof. COLARIZI domanda all'O. se nei casi in cui usò lungamente estratto epatico fu notato reperto di eosinofilia spiccata.

Risponde il dott. GIGANTE che una delle malate sensibilizzata non ebbe disturbi almeno dalle ingestioni di fegato.

Al prof. Colarizi risponde che solo una malata sensibilizzata presentò il 7 % di eosinofili; e che negli altri l'eosinofilia non superò il 4 %.

Sul trattamento delle fratture del collo femorale con inchiodamento sottocutaneo.

Prof. G. EGIDI. — L'O. passa in rassegna i vari metodi consigliati, presenta il dispositivo da lui fatto per stabilire i punti anatomici e comunica i risultati confortanti la sua esperienza in argomento.

Il Prof. DALLA VEDOVA si congratula con l'O. perchè è uno dei primi e resta tra i pochi che ha riconosciuto l'utilità della osteosintesi transtrocanterica.

Ricorda che il metodo eseguito dall'EGIDI non tiene conto della variabilità dell'angolo di antiversione femorale da individuo a individuo; inoltre per stabilizzare il punto di riferimento, vengono interessati le capsule articolari e gli strati superficiali della testa femorale. Mancano nei risultati offerti dall'O. percentuali statistiche di guarigioni e l'analisi delle condizioni anatomiche a lunga distanza di tempo.

L'O. ricorda i metodi seguiti nella Clinica che egli dirige comunicati all'Accademia dall'aiuto prof. Marino Zuco. Ricorda la necessità di tutelare la osteosintesi con adeguata tutela gessata che mantenga le sedi di ancoraggio al riparo di sollecitazioni non tollerabili senza dànno. Con tale tutela mediante apparecchi di gesso sarà consentita eretta e la deambulazione precoce. I metodi potranno avere perfezionamenti dall'esame analitico degli insuccessi.

Risponde il prof. EGIDI.

Il Segretario: T. PONTANO.

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Presidente: prof. ANTONIO COMOLLI

Adunanza del 2 marzo 1939-XVII

La stenosi pilorica ipertrofica del lattante.

Relazioni dei proff. C. COMBA, E. CUMBO e A. COMOLLI.

Adunanza del 9 marzo 1939.

Sui rapporti del ricambio glucidico con la patogenesi e il decorso postoperatorio della cataratta.

SIMONELLI M. — Studio del ricambio glucidico in circa 100 caterattosi operati nell'Ospedale Oftalmico Fiorentino. L'O. non ha trovato alcun rapporto causale fra certe lievi anomalie del ricambio glucidico e l'insorgenza della cateratta senile; anche il decorso postoperatorio non è stato influenzato da dette alterarazioni.

L'antipiresi nella cura delle malattie acute da infezione (tifo, paratifi, melitense).

LEVI. M. — L'O. ritiene che la febbre, sebbene in genere debba essere considerata quale una reazione benefica dell'organismo all'agente infettivo, tuttavia essa può essere dannosa di per se stessa quando si prolunga oltre ad un certo limite.

Ha ottenuto buoni risultati nelle malattie infettive somministrando un energico antipiretico a quel punto del decorso morboso nel quale può ritenersi molto attenuata la causa infettiva, ma l'ipertermia persiste per modificazioni indotte nei meccanismi neuro-ormonici termoregolatori.

Discussione dei proff. BORGHI e SICILIANO.

Adunanza del 20 aprile 1939.

La stratigrafia dei seni della faccia.

Prof. A. CASATI. — L'O. parla sulla stratigrafia e porta uno speciale contributo allo studio anatomo-radiologico dei seni della faccia, dimostrando una serie di stratigrammi del cranio, eseguiti con lo stratigrafo del Vallebona; è stata così possibile una ricerca stratigrafica completa e particolarmente dettagliata perchè i vari piani

stratigrafici distanziavano fra loro di un cm. L'O. ha messo in evidenza l'importanza teorica di tali ricerche ed ha rimarcato anche l'importanza clinica del metodo per la possibilità di studiare regioni particolarmente difficili all'esplorazione come le cellule etmoidali posteriori e i processi pterigoidei.

Rara sindrome diencefalica guarita con la tonsillectomia: caso clinico.

Dott. G. PELLICCIA. — L'O. illustra un caso clinico riguardante una donna di 34 anni con una rara sindrome diencefalica (diabete insipido o pseudo-diabete insipido) in cui fu indotto a praticare la tonsillectomia, avendo notato una correlazione fra comparsa e riacutizzazioni di una tonsillite a lungo decorso e lo svolgersi della sindrome diencefalica stessa. Con sua sorpresa l'O. potè constatare la rapida e definitiva scomparsa di tutti i disturbi, che affliggevano da lungo tempo l'ammalata e che non avevano risentito alcun duraturo beneficio delle molte cure praticate. Ciò prova, secondo l'O., che qualche volta un focus tonsillare può essere la causa di certe sindromi diencefaliche, possibilità che fino ad oggi, a quanto risulta all'O., ancora non era stata considerata.

Risultati di un primo esperimento di vaccinazione antidifterica per inalazione.

Dott. M. ADORNI BRACCESI. — L'O. riferisce sopra un esperimento di vaccinanzione antidfterica eseguito su 25 bambini mantenuti per diverse sedute in un ambiente chiuso, nel quale veniva nebulizzata una certa dose di anatossina. Quale controllo, ad ogni bambino, avanti dell'inizio e dopo la vaccinazione, fu fatta la reazione di Schick e fu dosato il contenuto di antitossina nel sangue con la prova di Roemer sul coniglio.

Dai primi risultati ottenuti l'O. afferma che col metodo inalatorio usato, si ha un notevolissimo assorbimento di vaccino, capace di portare in breve tempo allo stabilirsi di una immunità antidifterica.

Singolare evoluzione di sindrome adiposo-ipertensiva in soggetto post-encefalitico.

Prof. G. PATRASSI. — Il caso presentato riguarda una donna che aveva sofferto una dozzina d'anni avanti di encefalite letargica e che presentò in un primo tempo una sindrome adiposo-ipertensivo-diabetica, sindrome che l'O. riferì in una prima presentazione del caso ad una stimolazione flogistica cronica dei centri vegetativi diencefalici. Negli anni successivi il quadro morboso si è modificato nel senso che il diabete è andato man mano regredendo fino a completa guarigione. In più si è invece andato istituendo uno stato di anasarca, legato ad una sindrome nefrotica a impronta ipotiroidea.

Venuta a morte la paziente per tromboflebite settica, l'autopsia e gli esami microscopici dimostrarono lesioni encefalitiche croniche estese a tutti i gangli della base e ai centri diencefalici. Vi era inoltre una netta atrofia sclerotica della tiroide. Non lesioni che comunque giustificassero lo stato ipertensivo altrimenti che attraverso le lesioni diencefaliche.

I Segretari: L. PICCHI e A. GIANNONI.

Società Medica della Libia.

Seduta del 21 maggio 1939-XVII.

Il Dr. EMANUELE CASATI, premesso che il grande numero di tracomatosi affetti da entropion porta alla necessità di un metodo operativo rapido, esaminati i vari processi proposti, espone una *modificazione della classica operazione di Snellen*, consistente — dopo l'asportazione di un lembo di palpebra e di una lunga striscia di tarso — nel ravvicinare i due lembi cutanei mediante tre punti di sutura che non vengono annodati ma sostenuti con una striscia di cerotto; in tal modo oltre che regolarsi nel miglior modo il grado di correzione, si evitano le frequenti suppurazioni che si hanno con gli altri metodi; la cicatrizzazione è rapidissima e senza traccia. Il prof. Bartolotta, ricorda che egli fin dal 1919 usa togliere i punti di sutura in quarantottesima ora e qualche volta anche prima ottenendo correzione perfetta senza mai lamentare suppurazioni.

Lo stesso Dr. Casati, premesse alcune considerazioni sulla retinite pigmentosa e sulle più moderne concezioni patogenetiche della malattia presenta due fratelli italiani, affetti da *degenerazione familiare pigmentosa della retina*, di 14 e 9 anni, figli di genitori consanguinei con sintomatologia imponente e veramente eccezionale. Papille ottiche quasi atrofiche, emeralopia intensissima, pigmentazione quasi totale della retina, campo visivo ridotto al punto centrale, ipermetropia di 12 e 9 diottrie rispettivamente. Tutti gli esami, generali, sierologici, radiologici, del sangue, del sistema endocrino sono risultati negativi. Data la ristrettezza constatasi nei vasi retinici una terapia di acetilcolina ha dato discreti risultati unicamente nel visus rimanendo inalterate le condizioni retiniche del campo visivo.

Il prof. SUPERBI, riferisce circa *il peso medio dei neonati in Tripolitania*. Egli ha basato il suo studio sul materiale di nove anni del Reparto Ostetrico-ginecologico limitando l'esame ai neonati nazionali a termine. Il totale di questi è stato di 2044 di cui 1037 maschi con un peso medio di 3500 grammi e 1007 femmine con un peso medio di 3371 grammi; media dei due sessi 3435 grammi. Si è avuto inoltre un 26,7 % di feti grossi (fra i 3510 e i 4000 grammi) e il 9,3 % di macrosomi (oltre i 4000 grammi) cioè un totale del 36 % di feti oltre i 3500 grammi. Sia le cifre del peso medio come quelle dei feti grossi e macrosomi sono notevolmente superiori a quelle di tutte le statistiche italiane conosciute. Egli attribuisce tutto ciò alla riunione di vari fattori quale il notevole benessere della popolazione metropolitana in Libia, le ottime condizioni sanitarie, la intensa e continua irradiazione solare, la constatazione che le donne meridionali, che sono in prevalenza e che infatti hanno dato le cifre più elevate, sono dedite quasi sempre ai soli lavori di casa.

Il Dr. GIUDICE parla delle *cure delle infiammazioni mastoidee acute e peritonsillari con infiltrazioni novocainiche* e delle guarigioni ottenute con tale metodo intrattenendosi alla fine sul meccanismo di azione del farmaco sulle terminazioni nervose del simpatico e sui poteri di difesa locale ischiocitaria.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La soglia renale per il glucosio nei diabetici.

Come si determina la soglia renale per il glucosio? Eseguendo una comune curva da carico di glucosio e prelevando ogni mezz'ora, contemporaneamente ai campioni di sangue, dei campioni di urina. Quando la glicemia raggiunge un determinato valore soglia, compare glucosio nelle urine. Quando la glicemia discende sotto un certo valore, scompare il glucosio dalle urine. La prima soglia è sempre più alta della seconda.

M. Labbé (*Acta med. Scandinavica*, suppl. 90, pag. 64, 1938) ci dimostra l'importanza della conoscenza della soglia renale per il glucosio, nei diabetici.

Infatti vi sono dei diabetici a soglia alta, che non presentano più glicosuria ma tutti i segni e le complicazioni della iperglicemia, e che un medico poco oculato potrebbe, per la cessazione della glicosuria, giudicare migliorati. In un caso grave, la soglia era di 3,83 %.

Vi sono per contro dei diabetici con soglia renale abbassata. Essi vanno distinti dai soggetti con solo abbassamento della soglia, senza diabete (la cui essenza sta nella primitiva alterazione metabolica, di cui iperglicemia e glicosuria sono espressione) e che devono essere chiamati casi di glicosuria renale.

Quando nel diabete la soglia si abbassa, la glicosuria persiste non ostante le cure e l'insulina non riesce a dominarla senza che si arrivi prima ai disturbi ipoglicemici.

In questi casi la prova di carico e la misura della soglia permetteranno la differenziazione dalla glicosuria renale e ci metteranno in grado di riconoscere la vera causa della glicemia persistente M. COPPO.

Gangrena diabetica della faccia.

La gangrena di parti del corpo diverse dalle estremità è rara nel diabete mellito. Sono stati descritti casi di gangrena diabetica del setto nasale, dei turbinati, di metà della lingua, della vulva, del labbro.

I. Millet (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 25 marzo 1939) descrive due casi di gangrena diabetica della faccia. Il 1° riaguardava un uomo di 47 anni, inviato in ospedale con diagnosi di eresipela della faccia. Negli otto giorni che precedettero la morte si ebbero alterazioni necrotiche delle due guance con sepsi stafilococcica ed ascesso metastatico del polmone. Anche nel 2° caso, osservato in una donna 55enne si ebbe sepsi stafilococcica e morte.

La diagnosi di gangrena diabetica della faccia presenta all'inizio difficoltà di differenziazione dall'eresipela. A volte si ha all'inizio un aspetto netto di eresipela, con evoluzione successiva in gangrena.

La patogenesi della gangrena diabetica della faccia non si identifica con lesioni obliterative arteriose come quella delle estremità, perchè se è vero che si può avere arterite dei piccoli rami che nutrono la cute della faccia è anche vero che nella gangrena della faccia le lesioni arteritiche sono associate a una infezione stifilococcica.

Questa forma di gangrena dà alta percentuale di mortalità. Se la gangrena colpisce il setto nasale e i turbinati non è sempre fatale, come è invece se essa colpisce le guance.

L.

Il diabete traumatico.

F. Pedrazzini (*La Presse médic.*, 10 maggio 1939) fa notare che il problema del diabete traumatico è ancora oscuro. Sebbene studiosi quali l'Umber e il Rosenberg e il Kaufmann neghino la sua esistenza, esistono pure certamente dei casi nei quali l'origine traumatica appare innegabile.

Possono provocare diabete solo i traumi che ledono gli organi che presiedono alla glicoregolazione. Quindi per ogni trauma incolpato di aver provocato il diabete bisognerà studiare il meccanismo patogenetico, il modo di trasmissione dell'energia, il luogo su cui ha agito, la sede e l'entità delle manifestazioni morbose.

Il diabete traumatico può essere provocato da shock epigastrico o ombellicale, da shock cranico e da shock per scoppio di grossi proiettili a distanza.

Shock epigastrico o ombellicale: colpi, cadute, urti dell'addome possono provocare lesioni isolate del pancreas pur mantenendosi integre le pareti addominali. Frassi ha raccolto oltre a due casi personali 50 casi nella letteratura. Il pancreas può facilmente essere colpito per la sua posizione addossata alla colonna vertebrale.

Shocks del capo: la possibilità che esista glicosuria da lesione bulbare fu dimostrata dalla classica esperienza di Claude Bernard, che provocò glicosuria colla puntura del 4° ventricolo. La grande maggioranza dei traumi cranici non provoca glicosuria e questo si spiega se si pensa alla protezione del sistema nervoso da parte del cranio e del liquido cefalorachidiano. Questa protezione manca nei traumi violenti e rapidi sulla regione frontale e sulla nuca che sono quelli che dànno più facilmente morte immediata. Nei casi in cui il trauma non agisce con estrema violenza e rapidità si possono avere lesioni bulbari non mortali, capaci di provocare glicosuria.

Shocks per scoppio di grossi proiettili a distanza: gli scoppi di grossi proiettili deter-

minano congestione dei vasi venosi cerebrali e si può avere un compenso a quest'alterazione circolatoria solo nella compressibilità della massa nervosa e nella penetrazione di liquido cefalorachidiano nei ventricoli. Così si possono provocare alterazioni bulbari che diano glicosuria. L.

Esperienze cliniche con le insuline di deposito.

La insulina, così preziosa per il diabetico, ha l'inconveniente dell'azione rapidamente transitoria. Si è perciò cercato fin dai primi tempi di prolungarne l'azione rendendo più lento il suo assorbimento. Dapprima si cercò di ottenere questo scopo aggiungendo all'insulina sospensioni di sostanze di difficile assorbimento (gomma arabica, olio, colesterina); in un secondo tempo la si mescolò a sostanze vasocostrittorie (all'adrenalina o a sostanza ipofisaria posteriore (« deposulina »); il metodo più recente consiste nell'unire l'insulina a proteine basiche che la rendono difficilmente solubile e difficilmente assorbibile. La attività delle cellule dei tessuti scinde gradualmente questa combinazione insulina-proteidi, l'insulina esplica quindi una azione lenta e protratta. Una preparazione di questo gruppo è la Protamina-insulina, che diventa ancora più attiva per aggiunta di una piccola quantità di zinco (zinco-protamino-insulina). Un preparato analogo, in cui però le proteine eterogenee sono evitate (e con esse il pericolo di reazioni allergiche) e sostituite da un antisettico ciclico sintetico (Surfen), e lo zinco è sostituito dal magnesio, è la « Surfen-insulina ». Ricerche comparative tra l'azione della « deposulina », della « zinco-protamino-insulina » e della « sulfeninsulina » sono riferite da P. Gottlebe (*Klin. Wochenschr.*, n. 14, 1939); egli le esperimentò su diabetici in cui per mezzo della vecchia insulina si era ottenuta l'aglicosuria, la scomparsa di acetone e una certa costanza della glicemia per un consumo giornaliero di 100-150 gr. di pane o di avena. Usando le insuline di deposito basta una sola iniezione al giorno, se il fabbisogno del diabetico non supera le 50-60 unità: se il fabbisogno è superiore, occorrono due iniezioni giornaliere, in nessun diabetico è necessario superare il numero di due iniezioni nelle 24 ore.

Il massimo dell'azione sulla glicemia si manifesta dopo iniezione di insulina vecchia dopo 2 ore, dopo 7 ore se si è iniettata la deposulina o la zincoprotamino-insulina, dopo 11 ore se si è usata la surfen-insulina. 8-10 ore dopo l'iniezione, la glicemia sale rapidamente dopo insulina vecchia, meno rapidamente e a valori minori dopo deposulina, meno ancora dopo z.-prot.-insulina, mentre dopo surfen-insulina l'ascesa della glicemia è lieve e lenta, tantochè a 24 ore dall'iniezione la glicemia è solo di 20 mg. % più alta del minimo valore raggiunto dopo l'iniezione. L'uso dell'insulina-post-ipofisi (deposulina) dimostrò l'unico vantaggio di diminuire le iniezioni giornaliere: in pazienti che avevano bisogno di due iniezioni al giorno di vecchia insulina, si ottenevano gli stessi risultati (lasciando immutata la distribuzione degli idrati di carbonio) con una sola iniezione di deposulina, praticata la mattina presto. Usando invece gli altri due preparati non solo si possono diminuire le iniezioni, ma per lo più aumenta anche la tolleranza: bastano dosi minori di insulina, o si possono dare maggiori quantità di carboidrati. Inoltre le oscillazioni della glicemia nelle 24 ore sono più scarse, il che agisce in senso favorevole sul benessere soggettivo e sulla capacità lavorativa del diabetico.

In caso di coma è necessario ricorrere alla vecchia insulina, di pronta azione. Dopo pochi giorni, non appena si è ottenuta una riduzione della glicemia a circa 200 mg. % è consigliabile sostituire la iniezione serale con 20 unità di « insulina di deposito »: a seconda dei valori della glicemia mattutina si praticherà anche una iniezione mattutina, dapprima di vecchia insulina, in seguito di insulina da deposito.

Usando le insuline da deposito, gli stati ipoglicemici presentano carattere speciale. Poichè la glicemia diminuisce gradualmente, si devono raggiungere valori molto bassi per dar luogo ai sintomi morbosi: così possono venir sopportate senza alcun disturbo glicemie di 30-40 mg. %. Però il significato delle manifestazioni ipoglicemiche dopo insuline da deposito è assai più grave che dopo la vecchia insulina. Anche le manifestazioni sono diverse: rari i sudori, i tremori, il cardiopalmo, il senso di fame, mentre predominano la cefalea, la depressione, l'apatia, l'amnesia. Si osservano anche convulsioni e fenomeni di deficit neurologici. Per evitare i pericoli dell'ipoglicemia è consigliabile fare il passaggio dalla vecchia insulina a quelle di deposito, in un istituto. Per la cura degli stati ipoglicemici, si devono praticare ripetute iniezioni glucosate dopo la infusione endovenosa perchè dai depositi continua a venire assorbita l'insulina. P.

Il trattamento del diabete con l'insulina-protamina-zinco.

R. Boulin (*Presse Médicale*, 12 aprile 1939) riferisce l'esito dei suoi studi sulla cura del diabete mellito con l'insulino-protamina-zinco, che egli ha praticato su 93 pazienti ospedalizzati. È venuto alle seguenti conclusioni:

L'insulina-protamino-zinco rappresenta la cura di scelta per il diabete leggero, nel quale si giunge con il regime adatto a ridurre la glicosuria ma con iperglicemia persistente. Con dosi di 15-20 unità dà risultati eccellenti.

È anche indicata nel diabete di media gravità, che richiedono 50 unità d'insulina ordinaria. L'insulina-protamina-zinco con dosi di 30-40 unità dà risultati migliori.

Invece nel diabete grave, che richiedono oltre 50 unità di insulina ordinaria, si hanno risultati variabili: eccellenti, mediocri (nel qual caso bisogna praticare anche iniezioni d'insulina ordinaria), inferiori a quelli ottenuti esclusivamente con l'insulina ordinaria.

Comunque l'insulina-protamina-zinco ha il vantaggio di dare nella grande maggioranza dei casi risultati eguali o migliori, per quel che si riferisce alla glicosuria ed alla glicemia, con un minor numero d'iniezioni e di unità d'insulina. Le iniezioni si possono praticare a digiuno e producono effetti di più lunga durata.

Dr.

Contributo alla terapia del diabete mellito con insulina ed estratto di fegato.

Stimolato dagli ottimi risultati ottenuti da D'Amato e Lombardi nella cura del diabete mellito con l'associazione di estratti di fegato all'insulina, A. Sacchetti (*Riforma Medica*, 15 aprile 9139) ha voluto sperimentare il metodo in 12 casi di diabete di lieve, media e notevole gravità. L'A. ha tenuto i suoi malati ad una appropriata e fissa dieta ed in essi ha eseguito le seguenti osservazioni:

1) Curva glicemica dopo aver tenuto i pazienti a dieta tipo senza somministrazione di medicamenti e di glucosio.

2) Curva glicemica dopo somministrazione di 30 gr. di glucosio e insulina o fegato.

3) Curva glicemica dopo somministrazione di soli estratti epatici.

4) Curva glicemica dopo iniezione di 10 unità di insulina.

5) Curva glicemica dopo somministrazione di fegato, seguita due ore dopo da iniezione di 10 unità di insulina.

6) Curva glicemica dopo somministrazione di 10 unità di insulina e, due ore dopo, di estratti di fegato.

7) Curva glicemica dopo contemporanea somministrazione di estratti di fegato e di 10 unità di insulina.

Inoltre l'A. ha eseguito la curva glicemica in individui normali dopo somministrazione di estratti epatici, non osservando evidenti modificazioni della glicemia.

Le prove sperimentali eseguite dall'A. hanno mostrato una evidente attività ipoglicemica degli estratti di fegato che non solo rinforzano l'azione dell'insulina ma provocano una maggiore, più duratura e regolare utilizzazione del glucosio, particolarmente nel caso in cui la somministrazione degli estratti epatici preceda quella dell'insulina. Invece somministrando l'insulina prima degli estratti epatici non si osserva da parte di questi un rinforzo dell'azione ipoglicemizzante dell'insulina: così pure la contemporanea somministrazione di insulina ed estratti epatici non dava buoni risultati.

L'A. conclude perciò affermando la reale efficacia della somministrazione di estratti epatici prima di quella dell'insulina particolarmente nelle forme di media entità e più ancora in quelle di diabete grave.

La somministrazione oraria più opportuna degli estratti di fegato è alle 10, mentre l'insulina è iniettata avanti il pasto.

Con tale terapia i pazienti presentavano, accanto alle marcate modificazioni della glicemia, anche diminuzione della poliuria, notevolissimo miglioramento dell'astenia e della pesantezza del capo e senso vero e proprio di rinascita. Altro pregio di questa terapia è la favorevole influenza sulla crasi sanguigna.

F. Tosti.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

L'intradermoreazione nell'adulto praticata con l'anatubercolina Petragnani e con la vecchia tubercolina di Koch.

Dalle ricerche comparative fin qui eseguite da diversi AA., per la maggior parte nel bambino, con l'anatubercolina Petragnani é la tubercolina di Koch, si può ammettere che l'anatub. P. ha dato sempre luogo a reazioni pronte, intense e nettamente specifiche.

Il dott. Nicola Carinci, di Siena (*La Lett. Med.*, 23 marzo 1939) ha studiato comparativamente l'intradermoreazione praticata con i due antigeni in 175 individui adulti d'ambo i sessi, affetti da tbc. polmonare nelle sue diverse forme e stadi, da tbc. extrapolmonare e su un gruppo di soggetti affetti da altre malattie.

Le due tubercoline venivano iniettate contemporaneamente nell'avambraccio D. in zone diverse e regolarmente distanziate, nella quantità di cc. 1 ed al titolo rispettviamente per l'A. T. di 1:1000 e per l'Anat. P. di 1:3. Per controllo veniva adoperata la stessa tecnica e la stessa quantità di soluz. fisiol. sterile. La lettura veniva fatta dopo 12, 24 e 48 h.

Esposti in modo sintetico i risultati ottenuti dalle prove suddette, l'A. conclude che l'Anat. P. è ottimo antigene per valutare lo stato allergico nell'adulto; che le percentuali di positività ottenute con l'Anat. P. sono state superiori a quelle ottenute con l'A. T.; che l'Anat. P. ha fornito, nel maggior numero dei casi studiati, reazioni positive sempre pronte ed intense, senza che vi sia stato mai da lamentare forti reazioni generali od a focolaio; che la specificità della reazione può considerarsi espressa al massimo grado con l'Anat. P.

S. F.

MEDICINA SCIENTIFICA

Studi sierologici e immunologici dei virus dell'influenza dell'uomo e dei suini.

D. R. Shaw. M. S. Athol, S. Kenney e J. Stokes (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, febbraio 1939) hanno voluto vedere se i ceppi di virus influenzale usati nel vacci-

no preparato con culture di tessuti durante l'inverno 1936-37 avevano rapporto immunitario con ceppi passati attraverso animali di laboratorio.

Shope, durante quell'epidemia, aveva osservato che il siero di suini ammalati di enterite aveva proprietà neutralizzanti, contro il virus dell'influenza umana ma non contro il virus dell'influenza dei suini. Inoltre il siero di suini giovani raccolto dopo l'epidemia di influenza non aveva nessuna proprietà immunizzante.

Gli AA. osservarono la presenza di anticorpi neutralizzanti contro l'influenza umana nel siero di sangue di suini esposti all'influenza epidemica umana.

A. P. Morrison, D. R. Shaw, G. S. Kenney, J. Stoppes (nel medesimo numero della stessa rivista) studiarono i sieri di individui vaccinati contro l'influenza e di soggetti non vaccinati cercando gli anticorpi fissatori del complemento e trovarono anticorpi a basso titolo in tutti, ma maggiore potere immunizzante nei vacciunati. L'aumento degli anticorpi si verificò in un piccolo numero di malati ricoverati in ospedale per influenza a questo dato può essere utilissimo per la diagnosi etiologica di un'infezione acuta delle vie respiratorie. L.

VARIA

Chi praticò per il primo le iniezioni endovenose?

C. Schelenz (*Münchener Mediz. Woch.*, 31 marzo 1939) sostiene che tale merito spetta ad un tedesco, Giovanni Sigismondo Elsholtz, medico del Grande Elettore e fondatore dell'Orto Botanico di Berlino, nato il 26 agosto 1623 a Francoforte sull'Oder.

Nel 1665, circa 40 anni dopo la scoperta di Harvey sulla circolazione del sangue, Elsholtz pubblicò un piccolo volume dal titolo « Clysmatica nova sive ratio, qua in venam sectam medicamenta immitti possint, ut eodem modo ac si per os assunta fuissent operantur: in animalibus per drastica, in homine per leniora hactenue probata et adferta ». Successivamente, nel 1667, comparve la seconda edizione di questo libro, nella quale è indicata molto chiaramente la tecnica adoperata.

Egli descrive le prime esperienze fatte nel 1661 sul cadavere. Strinse fortemente una fascia intorno al braccio e vide comparire nella piega del gomito una grossa vena. Fatta una piccola incisione, iniettò nell'arteria acqua calda e vide allora che le vene afflosciate della mano e del gomito fino alla fascia si riempivano di nuovo, come nell'uomo vivente preparato per il salasso. Quindi con una lancetta aprì la vena, dalla quale uscì sangue misto ad acqua, e iniettando di nuovo acqua nell'arteria vide uscire dalla vena sangue sempre più scolorito. Dedusse da ciò che i liquidi iniettati in una arteria passano in circolazione. Ma notò subito che la sua esperienza non poteva essere ripetuta sul vivente perchè la puntura delle arterie è sempre più pericolosa di quella delle vene, che inoltre offrono il vantaggio di essere più superficiali e quindi più facilmente aggredibili.

Passò perciò agli esperimenti sugli animali. Iniettò in una vena di un cane acqua pura e non notò alcun disturbo; una seconda iniezione di due cucchiai di vino di Spagna non provocò nulla di rilevabile. Nella terza iniezione adoperò estratto di oppio: seguì sonno profondo che durò due giorni.

Dopo di che cominciò a fare tentativi sull'uomo iniettando acque di varia specie in una vena della gamba di un individuo affetto da ulcus cruris. Non notò alcun danno. Allora intraprese iniezioni di sostanze medicamentose suggerendo perfino quelle che si potevano introdurre nelle vene per la cura delle malattie del capo, del torace e dell'addome. Per le malattie che egli attribuiva ad impurità del sangue, come lo scorbuto, la gotta, la cachessia adoperò una tintura purificatrice del sangue, la tinctura universalis philosophorum.

Soleva chiamare queste iniezioni endovenose « nuove specie di clisteri ».

Ma non si limitò a ciò: praticò anche trasfusioni da animale a animale, da animale a uomo e da uomo a uomo. DR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ancona. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Fino al giorno 3 luglio p. v. è aperto il Concorso per titoli ed esami, al posto di Direttore delle Sezioni dispensariali di Osimo e Senigaglia. Età massima anni 40 salvo eccezioni di legge. Diploma di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguito da almeno due anni. Altri documenti rituali prescritti dalla legge, compreso quello di appartenenza alla razza ariana. Inibito il libero esercizio della professione, ammessa sola privata consulenza.

Stipendio lire 13.000 annue e indennità di servizio attivo di lire 2210, l'uno e l'altra soggetti a riduzioni e maggiorazione di legge. Compenso di lire 150 mensili per vacazioni fuori sede e rimborso abbonamento ferroviario dal centro di residenza alle sedi delle sezioni. Inscrizione per metà carico alla Cassa N.N.F.P.S. per la tubercolosi.

Per ogni chiarimento ed invio di bandi rivolgersi alla Segreteria del Consorzio provinciale antitubercolare di Ancona presso la Provincia (piazza Roma).

Bari. *R. Prefettura.* — Uff. san. del consorzio Bitonto-Giovinazzo; L. 18.000 e 5 quadrienni dec.; indenn. trasf. L. 2000; età limite 33 anni. Scad. 30 agosto.

Bergamo. *R. Prefettura.* — Assistente presso la sezione med.-microgr. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; L. 10.000 e 10 bienni di L. 450; serv. att. L. 2500, partecipaz.; età limite 35 anni. Scadenza 31 agosto.

Conselve (*Padova*). *Ospedale Civile.* — Direttore sanitario; titoli; scad. 30 giugno, ore 19; ospedale di 3ª categoria; stip. L. 12.500 e 5 quadrienni dec., indenn. carica L. 1300; età limite 45 a. al 20 maggio. Periodo di prova biennale. Servizio entro 30 giorni.

Lodi (*Milano*). *Ospedale Maggiore.* — Tre assistenti medici ordinari; titoli ed esami; scad. 30 giugno, ore 17; stip. L. 6500 oltre serv. att. lire 1300, di guardia: diarie di L. 20 e vitto; camera d'alloggio. Età limite 30 a. al 12 maggio.

Milano. *R. Prefettura.* — Proroga al 30 giugno del concorso per 11 posti di uff. san. consorz.; età limite 32 anni. È abrogata la facoltà di partecipare al concorso, per gli aspiranti che alla data del bando prestino effettivo servizio non di ruolo, con qualunque denominazione, da almeno due anni, presso amministrazioni comunali.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Primario medico direttore presso la Succursale di Cernusco sul Naviglio (a 12 km. da Milano), per cronici; titoli ed esami; stip. L. 24.000, più L. 4500 indenn. residenza, alloggio per sè e famiglia. Titoli all'Ufficio Protocollo del Consiglio Ospitaliero (via Ospedale 5) non oltre le ore 16 del 4 agosto. Età limite 45 a. Chiedere copia del bando alla Segreteria. Per informazioni rivolgersi alla Sovrintendenza medica degli Istituti Ospitalieri.

Osimo (vedere Ancona).

Padova. *Federazione nazionale fascista delle Mutue di malattia per i lavoratori agricoli.* — Medico ispettore; assunzione con contratto d'impiego a tempo indeterminato; L. 1900 mensili ed iscrizione alla Cassa di Previdenza. Per chiarimenti e testo del bando rivolgersi alle Mutue di Padova. Scad. 30 giugno.

Pisa. *Consorzio prov. antituberc.* — Direttore della Sezione dispensariale di Pontedera; scad. 15 luglio, ore 18; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 indenn. carica; età limite 40 anni al 15 aprile.

Roma. *Pio Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti.* — Concorso per esami a 45 posti di assistenti medico-chirurghi. Gli eletti non hanno diritto al posto in un determinato ospedale e la nomina verrà fatta alle condizioni tutte e con gli obblighi stabiliti dal Regolamento per il personale sanitario.

I sanitari che intendono prendere parte al Concorso devono presentare alla Segreteria Generale del Pio Istituto non più tardi delle ore 12 del 31 luglio p. v., la domanda (su carta da bollo di L. 4) corredata dai documenti debitamente legalizzati.

Senigaglia (vedere Ancona).

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il dott. A. Volpe è nominato presidente della Società di pediatria del Brasile.

L'Università di Edimburgo ha conferito il premio Cameron, pel 1939, al prof. Gerhard Domagk, direttore dell'Istituto di patologia sperimentale di Elberfeld (della Casa Bayer), per la scoperta del trattamento delle malattie infettive con i composti del gruppo sulfamidico.

NOTIZIE DIVERSE

L'assistenza agli orfani dei medici morti in guerra

In questi giorni si è riunito il Comitato nazionale di assistenza agli orfani dei medici morti in guerra. Erano presenti alla riunione il sen. Raffaele Bastianelli, Commissario Ministeriale del Sindacato nazionale fascista dei medici, il Direttore generale della Sanità Militare, gen. med. Loreto Mazzetti, il Direttore generale della Sanità Marittima, gen. med. Mario Adami, il Direttore generale della Sanità dell'Aeronautica, gen. med. Arturo Monaco, il Direttore della Scuola di Sanità Militare di Firenze, col. med. Alfredo Germino, il prof. Piccinini, il Consigliere nazionale prof. Federigo Bocchetti, segretario generale del Comitato.

I convenuti hanno preso atto con vivo compiacimento dei contributi che al Comitato hanno fatto pervenire il Direttore generale della Sanità Militare, nella misura di oltre 41.000 lire raccolte dagli ufficiali medici e dai direttori di Sanità, e il Commissario Ministeriale del Sindacato fascista dei medici. Questi contributi veramente cospicui, e l'utile di circa 70.000 lire derivato complessivamente dalla diffusione della serie di cartoline « Medici e medicina nell'antica Roma », effettuata nel 1937, e del calendario « La difesa della Razza », distribuito alla fine dello scorso anno, hanno permesso al Comitato di continuare a svolgere in modo proficuo la sua attività.

Esso, infatti, deve provvedere ancora all'assistenza di 51 orfani, sui 101 fin qui assistiti in totale, e dei quali 50, come è noto, sono già laureati, diplomati, ufficiali in s. p. e., o hanno frequentato e terminato corsi di studi vari.

Per questa assistenza il Comitato ha speso fino al 1937 la somma di L. 820.355,45, alle quali debbono aggiungersi L. 76.000 che rappresentano l'importo globale delle 37 borse di studio e dei 14 sussidi assegnati nella presente riunione — dopo l'esame delle nuove domande pervenute al Comitato — ai seguenti orfani:

Elenco delle borse di studio concesse per l'anno scolastico '38-39: Alagna Aldo, Arcangeli Alfredo, Bargoni Leonardo, Bianchi Anna Maria, Bianchi Cesare, Cataldi Salvatore, Chiavellati Paola, Corsi Livio, De Leo Franco, Della Pergola Nora, Di Benedetto Vincenza, Fusco Lorenzo, Giaconia Giuseppe, Izzo Macrina, Lisi Franco, Lo Medico Maria Grazia, Lo Medico Maddalena, Loria Giuseppe, Loria Filomeno, Menabuoni Nicola, Paoletti Maria Luisa, Paoletti Enzo, Pasquale Ferdinando, Pasquale Ester, Roberti Michele, Ruocco Angelina, Ruotolo Giulia, Savonuzzi Giorgio, Scolari Giovanni, Scolari Gualberto, Sterzi Guido, Volpe Antonietta, Zanoletti Antonio, Zarri Lucia, Peretti Fede, Riso Giuseppe, Tucci Alessandra.

Elenco dei sussidi accordati per l'anno scolastico '38-39: Ruotolo Vittoria, De Paula Maria, Baruffi Maria Adelaide, Borghese Clito, Cataldi Luigi, Cilento Teresa, Chiavellati Giovanni, De Leo Guido, De Mare Renato, Ferrari Maria Luisa, Mino Luigi, Mino Maria Teresa, Pacileo Gorizia, Rossi Emilia.

I convenuti hanno espresso il loro plauso al sen. Bastianelli per avere accettato di far parte del Comitato e per l'azione di stimolo da lui svolta, al fine di ottenere che tutti i Sindacati provinciali fascisti dei medici — in ossequio all'impegno solennemente assunto dai soppressi Ordini, nel 1924 all'atto dela costituzione dell'ente — versino la quota annua stabilita a favore degli orfani dei medici morti in guerra. Si è rilevato, a questo proposito, che 68 Sindacati provinciali debbono ancora versare questa quota per l'anno 1938: ma si ha buona ragione di ritenere che entro breve termine tutti avranno regolato la loro posizione. Buon indice di ciò è dato dal fatto che numerosi sono i Sindacati provinciali che hanno già versato la medesima quota del 1939.

Il sen. Bastianelli, Commissario Ministeriale del Sindacato nazionale fascista dei medici, ha sostenuto la necessità di dovere con molta larghezza andare incontro ai reali bisogni degli orfani, per cui occorre insistere perchè sia tenuto desto in tutti i medici d'Italia il ricordo dei Colleghi scomparsi.

Il prof. Piccinini, ha poi rimesso al Comitato un contributo di L. 3000, per libri venduti e a titolo di concorso personale.

Infine, il Comitato ha preso atto di tutti i documenti relativi alla gestione dell'ente per l'anno 1937-38 considerata la esemplare rigorosità amministrativa applicata costantemente in questa gestione, alla quale si deve la attuale situazione che permette di considerare con relativa tranquillità lo svolgimento dell'Opera del Comitato stesso fino al termine della sua missione; ha rivolto un vivo elogio alla attività fervida, alacre e disinteressata del Segretario generale, prof. Bocchetti.

5° Congresso nazionale di gastroenterologia.

Il 4 giugno u. s. nell'Aula della Clinica Medica Generale della R. Università di Roma, sotto la presidenza del prof. Frugoni, direttore della Clinica Medica, si è riunita la « Società Italiana di Gastroenterologia ». Sono intervenuti numerosi clinici e cultori della specialità; tra gli altri i proff. P. Alessandrini, Pozzi, De Muro, Torrioli e Bonadies di Roma, Gamberini, Forni e Possati di Bologna, Zorzi di Verona, Sisto, Stropeni, Allodi, Bizzozero, Allaria, Vanzetti, Marocchini di Torino ed altri.

Molto interesse hanno suscitato le due relazioni all'ordine del giorno. Il prof. Gamna, colla collaborazione del dott. Pino, ha trattato del « Linfogranuloma maligno » del canale digerente. La relazione ha portato un originale contributo allo studio di questa forma morbosa facendo intravvedere la possibilità per l'avvenire di una diagnosi precoce e di un conseguente risultato terapeutico ottenibile con l'asportazione chirurgica dalle prime manifestazioni dell'affezione nel periodo in cui essa, come risulta dalle ricerche dei relatori, rimane localizzata ad alcuni tratti del canale digerente. La relazione del prof. Midana, aiuto della Clinica Dermosifilopatica di Torino, diretta dal prof. Bizzozero, sul tema: « Localizzazioni anorettocoliche della malattia di Nicolas e Favre », suscitò pure vivo interesse e alla discussione presero parte molti convenuti tra cui i professori Stropeni, Alessandrini, Allodi, ecc.

Nel pomeriggio sono state svolte comunicazioni interessanti da parte dei proff. Zorzi, Allodi e dal dott. Banche.

Altri congressi e convegni.

Dal 9 all'11 aprile si è tenuta a Mentone un'assemblea generale dell'Associazione internazionale di cosmobiologia, sotto la presidenza del prof. Laignel-Lavastine. Venne presa in esame la proposta, avanzata dalla segreteria generale, di indire il 2° Congresso internazionale in Roma, nei giorni 12 maggio 1940 e seguenti, sotto la presidenza del prof. Sabatini, direttore della Clinica medica dell'Università di Genova. L'associazione ha accettato il principio; ma, in vista delle circostanze attuali, ha stimato di dover rimandare ogni decisione definitiva. La prossima assemblea generale si terrà il 10 settembre. Per informazioni rivolgersi al segretario generale dell'Associazione, dr. M. Faure, La Malou (Hérault), Francia.

Il 7° Congresso internazionale sulle malattie reumatiche si adunerà agli Stati Uniti nel 1940, dall' 1 al 10 giugno, data corretta, indicata negli « Acta rheumatologica » del maggio 1939, ove è pubblicato anche il programma preliminare. Per informazioni rivolgersi alla segreteria della Lega internazionale contro il reumatismo: Keizersgracht 489-491, Amsterdam, Olanda.

Corsi di perfezionamento.

L'Accademia viennese per il perfezionamento medico ha organizzato il 63° corso internazionale di perfezionamento, per i pratici, sulle nuove terapie, dal 16 al 21 ottobre. Onorario RM. 25. Alla chiusura di questo corso internazionale, si terranno corsi della durata massima di 30 ore ciascuno, a richiesta di gruppi d'interessati. Inoltre, durante l'intero anno si organizzano corsi speciali in tutti i rami della medicina; questi corsi hanno luogo anche in francese e inglese (perchè non in italiano?). A richiesta s'invia gratuitamente il programma. Rivolgersi al: Sekretariat der Wiener Akademie für ärztliche Fortbildung, Alserstrasse A, Wien IX, Germania.

Collaborazione culturale italo-tedesca.

Nel periodo dal 7 al 12 giugno ha svolto i suoi lavori a Berlino, sotto la presidenza del Direttore ministeriale Stuewe, la Commissione italo-tedesca prevista dall'accordo culturale fra i due paesi. La Commissione si è occupata di vari problemi, fra cui quelli dell'insegnamento dell'italiano rispettivamente e del tedesco nelle scuole medie e superiori delle due nazioni, della letteratura nelle università, dello scambio degli insegnanti, della creazione di istituti di cultura italo-tedeschi.

Le discussioni si sono svolte in uno spirito di confidente collaborazione. Tutte le questioni all'ordine del giorno sono state risolte in questo spirito.

La firma degli accordi è avvenuta al Ministero degli Esteri da parte del direttore del Ministero Stuewe per la Germania e del senatore Balbino Giuliano per l'Italia.

Per la valorizzazione del patrimonio idrominerale italiano.

Il « Foglio di disposizioni » n. 1343 (12 giugno) del Segretario del Partito reca:

« Il 1. Congresso nazionale per la valorizzazione del patrimonio idro-minerale italiano, tenuto alla Mostra autarchica del minerale italiano nei giorni 22 e 23 aprile XVII, ha approvato la seguente mozione: che siano coordinate le concessioni minerarie e le autorizzazioni sanitarie; che si proceda allo studio scientifico e clinico dell'acqua minerale di Lacco Ameno; che il patrimonio idrominerale italiano ai fini della tutela della razza abbia piena valorizzazione; che l'opera dei medici nell'azione valorizzatrice del patrimonio idrominerale corrisponda pienamente a evidenti scopi di utilità sociale ».

Azioni giudiziarie.

Al Tribunale di Roma si è svolto un processo intentato contro una Casa farmaceutica della signora M. B., che, in seguito all'iniezione di un siero prodotto dalla Casa, aveva avuto un ascesso cui è residuata una cicatrice. Ella chiedeva un indennizzo. Il Tribunale ha pronunziato sentenza di assoluzione e ha condannato la parte agente alle spese. Presumibilmente l'infezione venne determinata da insufficiente asepsi.

Al Tribunale di Istanbul si è avuto l'epilogo di un originale processo. Nel 1937 uno studente, mentre si recava a scuola, era involontariamente testimonio di un disastro tramviario. Il giovane ne restava talmente impressionato, da non poter più continuare gli studi. Intentata causa dai familiari alla Società tramviaria per il risarcimento dei danni, quest'ultima è stata condannata al pagamento di 35.000 lire turche a favore dello studente come indennizzo dei danni morali e materiali subìti.

Nel Massachusetts si è svolto un processo contro un'infermiera, due donne con qualifica di assistenti sociali e un medico, i quali fornivano dei mezzi anticoncezionali. Il medico, coadiuvato dall'infermiera, praticava gli esami delle pazienti e quando lo stimava necessario per la salute delle pazienti stesse, prescriveva i mezzi anticoncezionali, che erano venduti dalle assistenti sociali. Il Tribunale ha pronunziato sentenza di condanna, e questa venne confermata dalla Corte Giudiziaria Suprema dello Stato. Gl'imputati si difendevano adducendo che i mezzi anticoncezionali erano forniti solo a donne in cui la gravidanza sarebbe stata dannosa nei riguardi sanitari; ma, come rileva il giustificativo della sentenza emessa dalla Corte Suprema, lo statuto del Massachusetts non ammette alcun impiego di mezzi anticoncezionali, in nessun caso: il testo è « chiaro, inequivocabile, perentorio; non comporta eccezioni di sorta; è deciso, assoluto, privo di ambiguità ». Gl'imputati adducevano altre sentenze in senso contrario, ma queste furono emesse in altri Stati dell'Unione. Un appello alla Corte Suprema federale non è stato accolto, perchè non si tratta di questione a carattere federale.

Un po' dovunque.

La Società piemontese di chirurgia si è adunata il 18 marzo; sono state fatte comunicazioni da: A. Bobbio - A. Viana, G. Pascaropulo, Zilocchi, R. Malan, M. Gianotti - M. Ferrando.

La Sezione sicula della Società italiana di dermatologia si è adunata il 18 giugno a Taormina.

La « Gazzetta Ufficiale » ha pubblicato i provvedimenti per il trasferimento al Demanio del compendio termale della città di Acqui.

Vengono annunziati gli « Archives balkaniques de médecine, chirurgie et leurs spécialités » pubblicati trimestralmente dalla Casa Masson di Parigi, a cura dei proff. J. Chryssikos, M. Yoël e A. Hadjigeorges. Si propongono di accogliere lavori e recensioni di lavori provenienti dai paesi balcanici. La redazione è tenuta dal dott. M. Yoël, via dell'Accademia 31, Atene.

Si è iniziata la pubblicazione degli « Annales d'Endocrinologie », editi dalla Casa Masson; ne usciranno 5 numeri l'anno. Redattore capo ne è Guy Laroche. Il periodico contiene articoli originali, riviste critiche, recensioni, resoconti, notizie.

L'Università di Toronto (Canadà) ha ricevuto dalla Fondazione Rockefeller un dono di 250.000 dollari (5 milioni di lire it.); un decimo di tale somma dovrà essere prelevato per ricerche sull'insulina nel trattamento delle schizofrenie.

L'Istituto nazionale della nutrizione dell'Argentina ha creato 4 borse di studio, per medici dietologi; ogni borsa dura due anni e comporta: vitto, alloggio, mezzi di studio (libri, strumenti, materiale, ecc.) e un assegno mensile di 180 pesos (circa 800 lire it.).

La Società di chimica biologica della Francia ha celebrato, il 26 maggio, il suo 25° anniversario; la cerimonia è stata presieduta dal prof. G. Bertrand.

Nel 1938 le università degli Stati Uniti hanno rilasciato 6548 diplomi di medicina; alla testa sono gli Stati di New York (1560 diplomi), California (611), Illinois (595) e Pennsylvania (594).

Gli « Acta Medica Latina », n. 1, 1939, pubblicano una conferenza del prof. R. Homo Alcorta su « La medicina italiana: i suoi uomini e le sue conquiste », pronunziata all'Accademia di Medicine di Saragozza, in una seduta solenne in onore della medicina italiana.

Alla Società francese di cardiologia, nella seduta del 19 marzo, il presidente prof. Ch. Laubry ha commemorato il compianto Andrea Ferrannini.

Al prof. Pautrier, in occasione del suo ventesimo anno d'insegnamento nella Facoltà medica di Strasburgo, questa ha offerto una medaglia commemorativa. La Società italiana di dermatologia ha inviato un messaggio; i proff. Bertaccini, Bosellini, Bizzozero e De Amicis hanno inviato adesioni.

Il « Bulletin Médical », in occasione del suo cinquantenario, ha istituito un premio annuale dell'importo di 3000 franchi, destinato a ricompensare autori di tesi mediche concernenti soggetti storici, letterari ed artistici. La prima assegnazione sarà fatta in dicembre 1939, per una tesi presentata per il dottorato di Stato nell'anno scolastico 1938-39 avanti una Facoltà medica francese.

La « Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago », che era stata sospesa in Germania, ha ripreso le pubblicazioni in Inghilterra (Gloucestr place 96, London W. 1; prezzo 34 s. l'anno).

È deceduto a Brisbane (Australia) il dott. James O' Neyl Mayne, che a più riprese fece ingenti elargizioni benefiche e ora ha legato a quella Università 100.000 sterline (10 milioni di lire it.).

Nell'Università di Belgrado si è celebrato il centenario dell'organizzazione sanitaria civile dell'antica Serbia, sotto gli auspici del ministro della previdenza sociale e della sanità pubblica, con la cooperazione della Società medica serba e della Facoltà medica.

Il Consiglio dei ministri rumeno ha autorizzato il Ministero della sanità a stanziare 15.3 milioni di lei, per l'acquisto di chinino e di altri rimedi contro la malaria, per un peso totale di 10.000 kg., da acquistare in Germania.

In Inghilterra il « Reale Fondo di soccorso medico » durante il 1938 ha aiutato 746 medici o loro famiglie ed ha ricevuto 127 nuove domande d'aiuti. Siccome il numero degli iscritti nell'albo medico dell'impero è stato di 61.420, la proporzione dei medici in condizioni disagiate risulta inferiore al 2 per cento, cioè esigua. Se ne desume che la grande maggioranza dei medici riesce a vivere senza gravi difficoltà, il che non accade per nessun'altra professione.

Nella Facoltà medica di Belgrado si è istituita una Sezione di farmacia, che avrà un professore titolare, tre aggregati e tre docenti. Nel bilancio statale ultimo della Jugoslavia si sono stanziati 42 milioni di dinari per detta Facoltà; essi sono destinati all'Istituto di farmacologia, alle Cliniche chirurgica, ginecologica e dermatologica ed all'Istituto oncologico. Secondo un progetto, si erigerà un unico edifizio, il quale ospiterà tutte le Cliniche e tutti gl'Istituti della Facoltà.

A Tokio si è ora fondato il primo Ospedale dietetico, annesso all'Istituto per le ricerche dietetiche inaugurato nel novembre scorso; accoglierà malati in condizioni di carenze alimentari.

Con le « Frecce » spagnole è stato in Italia un gruppo di Crocerossine, accolte da colleghe italiane, da donne fasciste e da autorità.

Il Parlamento della Nuova Zelanda ha votato una legge sulle assicurazioni sociali, che riguarda: malattie, invalidità, infortuni, vedovanza, orfanato, morte, disoccupazione. Per le prime tre assicurazioni è prevista la libertà di scelta del medico; vengono assicurate le prestazioni mediche, le medicine e l'ospedalizzazione. L'Associazione medica neozelandese si è dichiarata sfavorevole.

Col fascicolo n. 483 si è completato il grandioso « Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden », che comprende 95.000 pagine, in 107 volumi. Vi hanno collaborato 944 studiosi. Si tratta di un'intrapresa unica al mondo. Per qualsiasi informazione rivolgersi alla Casa editrice Urban & Schwarzenberg, Friedrichstrasse 105-B, Berlin NW 7, Germania.

Il Consiglio Superiore Universitario di Buenos Aires, ad istanza della Lega Argentina contro la tubercolosi, ha sancito una disposizione per la quale, a cominciare dal prossimo anno scolastico, è fatto obbligo a tutti gli alunni che aspirano ad essere ammessi alla Facoltà di Medicina, di passare previamente una visita radiologica-tubercolinica, la quale sarà ripetuta annualmente a tutti gli studenti che hanno dato risposta negativa per la tubercolosi. In base a tale visita l'alunno

sarà munito di un certificato che gli permetterà o gli proibirà la prosecuzione degli studi. I tubercolotici non potranno completare gli studi.

I dirigenti dell'Associazione medica peruviana « Daniel A. Carrion » hanno rivolto al presidente della Repubblica una « supplica », perchè siano revocati gli accordi sull'equivalenza dei titoli professionali dei medici stranieri. I candidati non dovrebbero acquisire il diritto all'esercizio se non dopo avere assunto la cittadinanza peruviana e dopo una residenza di 10 anni nel territorio.

Il n. 14 (2 aprile) di « A Medicina Contemporanea » (Lisbona) è dedicato al prof. Afrânio Peixoto, dell'Università di Rio de Janeiro, nominato dottore *honoris causa* dell'Università di Coimbra.

L'Accademia nazionale di medicina dell'Argentina ha approvato, ad unanimità, una proposta del prof. Mariano Castex, perchè il Governo voglia erigere una statua a Pasteur, « la personalità più gloriosa dell'umanità ».

Nel 1937 i medici dell'Istituto psichiatrico dell'Università dell'Illinois suggerirono ai loro malati schizofrenici, trattati con l'insulina e il cardiazol, di costituirsi in associazione, in modo da poterli seguire facilmente dopo la dimissione dell'Istituto. L'associazione si è dimostrata vitale; essa si riunisce due volte l'anno, nell'ospedale, con l'intervento del personale medico. Ha ora fondato un periodico bimestrale, dal titolo « Perduto e ritrovato ».

Il sindaco di Nancy, dott. Camillo Schmitt, ha prescritto che il regolamento municipale sulla profilassi delle malattie veneree e la sorveglianza della prostituzione, sia completato da un articolo supplementare, che assimila gli omosessuali di sesso maschile alle prostitute e li sottopone alla stessa vigilanza delle donne in case di tolleranza. Dovranno essere iscritti in un registro speciale della « brigata dei costumi », forniti di tessera e subire una visita medica bisettimanale.

Un decreto emanato dal capo dell'Associazione dei farmacisti tedeschi stabilisce che questi non devono, in alcuna circostanza, vendere prodotti i quali abbiano per scopo di regolarizzare o migliorare le mestruazioni. Non possono farlo se non quando la cliente si presenti fornita d'una ordinanza firmata da un medico. Ogni farmacista il quale contravvenga a questa regola sarà passibile di un'azione giudiziaria e di ammenda.

Nel Venezuela i ministeri dell'interno e dell'educazione nazionale, d'intesa, hanno deciso di istituire una « Giornata della madre e del fanciullo », in cui verranno assegnati premi di robustezza per i bambini e premi di prolificità alle madri. I Ministeri della sanità pubblica e dell'assistenza sociale si propongono d'intensificare i servizi d'igiene materna e infantile e di vegliare al buon funzionamento dei dispensari di pueri-

Dopo quindici anni di sofferenze è deceduta, in seguito alle azioni dannose del radium, la signora Edna Hussmann. Quando vennero iniziate le prime applicazioni terapeutiche di questo elemento, ella fu assunta, assieme ad altre quattro preparatrici, dalla Compagnia americana del radium, a Orange, nel New Jersey; tutt'e cinque sono rimaste vittime del loro lavoro. Tre erano già prima decedute. Quella che sopravvive, continua nello stesso lavoro.

Si è costituito un comitato per celebrare, nell'estate del 1941, il 4° centenario di Paracelso; è presieduto dal prof. Laignel-Lavastine.

Si è iniziata in Germania la pubblicazione di un periodico di ostetricia e ginecologia « Geburtshilfe und Freauenheilkunde », a indirizzo eminentemente pratico.

La Società dei medici di Vienna, che nel 1937 aveva celebrato il suo centenario, è stata sciolta e sostituita dalla Società medica viennese, che accoglie solo medici ariani; è divisa in più sezioni.

È deceduto a Parma, a soli 39 anni, per un infarto polmonare consecutivo a un infortunio automobilistico avvenuto un mese prima, il prof. CARLO MANCA, titolare della cattedra di anatomia patologica in quella Università. Era nato a Cagliari; si era formato a Cagliari e a Bologna. Ha compiuto studi apprezzati sulle malformazioni cardiache, sull'anatomopatologia della parotite epidemica, sull'actinomicosi polmonare, sulla sifilide.

Si è spento a Vienna, in età di 83 anni, il prof. ERNST FINGER, che dal 1904 al 1927 vi diresse la Clinica dermosifilopatica. I suoi trattati ebbero successi straordinari; furono tradotti anche in giapponese ed in cinese. Egli promosse la lotta contro le malattie veneree, mediante l'istituzione di numerosi ambulatori e mediante la propaganda. Aveva preconizzato la denunzia obbligatoria di tali malattie; ma il Parlamento austriaco non approvò il suo progetto. Il Finger ha anche compiuto studi originali apprezzati.

È deceduto a Lwow, in età di 70 anni, il dott. LADISLAO SZYMONOWICZ, professore d'istologia in quella università; il suo nome è legato ad una serie di ricerche sulle terminazioni nervose (egli descrisse per primo le forme che poi furono dette dendriti terminali e gli sfioccamenti ultra-terminali), come pure agli studi sui corpi adrenali e sull'adrenalina; è autore di un « Trattato d'istologia » che in Polonia ha avuto varie edizioni e che è stato tradotto in quattro lingue.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Rev. Med.-Chir. Mal. du Foie, ecc., genn.-febbr. — MARAÑON e al. Cirrosi e carenze alimentari. — M. BARIÉTY e D. KOHLER. Azione di farmaci sulla mobilità della milza.

Arch. p. le Sc. Med., genn. — L. GEDDA e A. MALTARELLO. Comportamento degli anticorpi durante la crescenza.

Arch. Mal. App. Digestif, etc., genn. — M. CHIRAY e M. BOLGERE. Esame funzion. del pancreas. — M. VAUTHEY. Metabolismo della vitamina C.

Giorn. di Cl. Med., 10 febbr. — L. COTTI e L. ZOCCHI. Influenza dell'acido nicotinico sul ricambio della porfirina. — G. OGGIONI. Riflessi assiali.

Journ. A. M. A., 11 febbr. — H. H. REESE e al. Trattamenti delle psicosi. — H. L. BARNETT e al. Trattamento delle infezioni pneumococciche con sulfapiridina.

Med. Klinik, 24 febbr. — H. DENNIG e K. VEIEL. Trattamento intensivo del morbo di Basedow. Inchiesta sulla cheratocongiuntivite epidemica.

Deut. Med. Woch., 24 febbr. — v. DRIGALSKI. Cambiamento nell'alimentaz. come fattore curativo. — MOLLOW. L'echinococcosi.

Klin. Woch., 25 febbr. — O. RINEL. Deficienza di cortina. — H. RIETSCHEL e J. MENSCHING. Il bisogno di vitamina C.

Practitioner, mar. — Affezioni degli arti.

Rinasc. Med., 15 febbr. — A. LAWRYNOWICZ. Evoluzione e variabilità del gonococco. — E. MOSCARELLO. Organoterapia del cancro.

Bull. Acad. de Méd., 21 febbr. — WEINBERG. Sieroterapia dell'appendicite e della peritonite appendicolare.

Münch. Med. Woch., 3 mar. — W. MEISNER e al. Distacco della retina. — V. HOFFMANN. Quadro morboso dopo operazioni sullo stomaco.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 febbr. — Pediatria.

Lancet, 4 mar. — G. L. FON. Somministraz. di androgeni. — B. ZONDEK e S. ROZIN. Pregneninonol.

Clin. Chirurg., genn. — V. MASELLI CAMPAGNA. Azione dell'ultravirus tbc. sulle grandi articolazioni. — F. BORDONARO. Bendaggio gessato con olio di feg. di merl.

Paris Méd., 4 mar. — Sifilide e malattie veneree.

Presse Méd., 4 mar. J. CHARRIER e J. GONZI. Ablazione del cancro del retto. — R. CORNILLEAU. Veleno di rospo. — L. JUSTIN-BESANÇON. Vitamina P-P. Il compito metabolico dell'acido nicotinico.

Acta Med. Scand., VI. N. HOLMIN. La vitamina B_1 nelle malattie nervose. — C. L. C. VAN NIEUWENHUIZEN e al. L'elettrocardiogramma nell'angina pectoris. — Z. BRÜLL. Le paralisi centrali. — J. S. RICHARDSON. Azione dell'estratto cortico-surrenale sul metabolismo basale nelle tirotossicosi.

Minervo Med., 17 febbr. — P. PATERNÒ. Anemia ipocromica achilica ferrosensibile. — A. GAMBIGLIANI-ZOCCOLI e G. BOCCUZZI. Sindrome diencefalo-ipofisaria post-traumatica.

Journ. A. M. A, 18 febbr. — A. E. BENNETT. Neurite da siero di cavallo. — D. C. COLLINS. Tbc. della cervice uter. — J. A. BIGLER. Lipodistrofia.

Med. Klinik, 3 mar. — G. W. PARADE. Angina tonsillare e malattie cardiache. — P. ADLOFF. Paradentiti.

Indice alfabetico per materie.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier